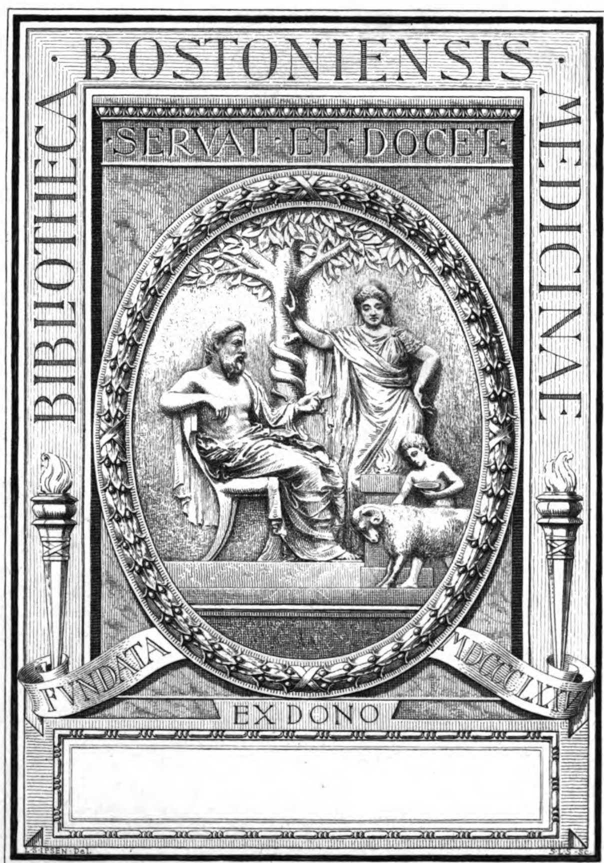


COUNTWAY LIBRARY
HC 1F2G K


BIBLIOTHECA
BOSTONIENSIS
MEDICINAE
SERVAT·ET·DOCET
FVNDATA
MDCCCLXX
EX DONO

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Sapêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

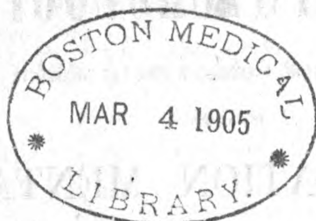
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

HUITIÈME SÉRIE — TOME DIX-NEUVIÈME

SOIXANTE-DEUXIÈME ANNÉE

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1904


BOSTON MEDICAL
MAR 4 1905
LIBRARY


CATALOGUED
MAR 4 1905
E. H. B.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

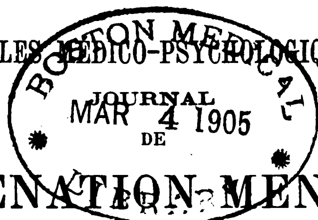
JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Psychologie morbide

—

LE PROPHÈTE SAMUEL

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ

Professeur à l'École de psychologie de Paris.

Suite (1).

III. — La systématisation du délire.

On conçoit que l'aliéné qui entend ou sent en lui-même, ou qui entend ou sent prononcer par sa propre bouche des paroles qu'il n'a pas conscience d'articuler, ait tendance à les rapporter à des êtres surnaturels. Aussi la folie religieuse coïncide-t-elle souvent avec les hallucinations ou l'automatisme verbal.

Si la voix hallucinatoire ou inconsciemment émise

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre et novembre-décembre 1903.

est prise pour une voix d'origine divine, le malade devient théomane.

Térésa de Cepeda y Ahumada (sainte Thérèse), qui avait de ces hallucinations, se croyait possédée de Dieu.

De même les fanatiques jansénistes (1).

« Ils parlaient, dit Carré de Montgeron, comme si leurs lèvres, leur langue, tous les organes de la prononciation étaient remués et mis en action par une force étrangère. Il leur semblait qu'ils débitaient des idées qui ne leur appartenaient aucunement et dont ils n'acquéraient la connaissance que lorsque l'oreille était frappée des sons qu'ils étaient forcés d'articuler. *Ils supposaient qu'une intelligence divine avait pris place dans leur âme devenue inerte.*

« Quelques-uns entendaient d'ailleurs sortir de leurs poumons une voix autre que la leur, et ils se comparaient à un écho ou à une personne qui ne dicte que ce qu'elle entend dicter (2). »

Elie Marion croyait qu'un esprit formait dans sa bouche les paroles qu'il prononçait : « C'est un pouvoir étrange et suprême qui me fait parler » (3), disait-il.

« Il plut à Dieu, dit un autre prophète cévenol, de délier ma langue et de mettre sa parole en ma bouche ; sa volonté fut d'agiter mes lèvres et de se servir de ces faibles organes pour son bon plaisir ; je sentis et entendis s'écouler par ma bouche un ruisseau de paroles dont mon esprit n'était point l'auteur et qui réjouissait mes oreilles : « Je t'aime tant, m'a dit le Saint-Esprit, que je t'ai destiné pour ma gloire, dès le ventre de ta mère (4). »

---

(1) Gilbert Ballet, in *Semaine médicale*, 1892, p. 441.
(2) Carré de Montgeron. *La vérité sur les miracles*, 1737.
(3) Elie Marion. *Avertissements prophétiques*. Londres, 1707, p. 6.
(4) *Théâtre sacré des Cévennes*. Londres, 1707.

Un malade de Ball, qui s'entendait dicter dans l'oreille gauche des prophéties qu'il répétait à haute voix, se croyait le grand chancelier de Dieu.

Une malade de Camille Marson (1) fit une tentative de suicide sur l'ordre de la Sainte Vierge.

Enfin nous devons à Cazauvieilh (2) une observation qui mérite d'être résumée :

Un certain Noël, sujet très nerveux, s'adonne dès l'âge de sept ans à la lecture de la Bible. A dix ans, il apprend le métier de menuisier. Déjà il s'aperçoit de l'imperfection des hommes et estime que le culte catholique s'est notablement écarté de la voie tracée par les Ecritures. Ses idées ne s'accordent pas avec celles des prêtres. A vingt-six ans (1817), triste, taciturne, il entend les gémissements des créatures, et une voix intérieure le presse de se retirer dans un lieu désert pour travailler au salut de l'humanité. En janvier 1832, il met son projet à exécution et entend une voix céleste dans la solitude. Il prophétise la fin du monde au nom de Dieu qui lui parle à l'oreille, et qui, dit-il, lui en a donné mission. On l'enferme dans un asile.

On remarquera l'analogie qui existe entre cet aliéné et Ieschou de Nazareth. Nul doute que si, au lieu de vivre dans une société aryenne policée, Noël eût fait partie de la peuplade juive au temps de sa décadence, il eût été pris pour un nabi, sinon pour le Meschiach lui-même. Et inversement si Ieschou de Nazareth, au lieu de prêcher les paysans du Guelîl-ha-goyim et les pêcheurs du lac de Génésareth, eût essayé de fonder une secte nouvelle dans le Paris des Trois Glorieuses, il eut été immédiatement dirigé sur un asile pour le plus grand bien de la société.

---

(1) Camille Marson. *Loc. cit.*, obs. III.
(2) Cazauvielh. *Du suicide et de l'aliénation mentale dans les campagnes*, p. 166.

Dans la plupart des cas, les hallucinations verbales précèdent la théomanie. Mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouve l'exemple suivant emprunté à Baillarger :

Un garçon de quatorze ans, onaniste et dévot, ayant la possibilité d'obtenir les faveurs d'une fille, « se retient en pensant à Dieu ». Il réfléchit « aux desseins de Dieu sur lui ». Il éprouve dans la région épigastrique un sentiment de chaleur et de bien-être qui s'irradie dans tout son corps et l'emplit du sentiment de sa force. Vers dix-huit ans, il lui semble que son intelligence grandit et qu'il embrasse d'un coup d'œil toute la création. « Dieu, croit-il, l'appelle quelque part. » Il parcourt plusieurs régions de la France et après avoir entendu des prédicateurs, a ses premières révélations. Il perçoit à l'épigastre des voix distinctes qui prononcent des prophéties et des paraboles, ne dort plus et passe ses nuits en prières. Une nuit, il voit un disque de feu au milieu des nuages, et en entend sortir la voix de Dieu, qu'il questionne et qui lui fait connaître ses desseins sur lui. Enfin il se croit le Messie, et échoue dans un asile.

« Dieu est en moi, disait un malade de Dagonet, écoutez, il parle par ma voix » (1).

Un ancien prêtre du service de Séglas (2), atteint d'hallucinations exo-auditives verbales, entendait aussi en lui-même la voix basse et pénétrante de Saint-Michel, dont il répétait involontairement les paroles.

Chez Schemouël, la théomanie fut consécutive aux hallucinations verbales.

Après avoir entendu la voix d'Iahvé, il reposa jus-

(1) Dagonet. *Mégalomanie religieuse*, p. 282.
(2) Séglas. *Annales médico-psychologiques*, 1888. Dericq. De la coexistence de plusieurs délires. *Thèse de Paris*, 1886.

qu'au matin et ouvrit les portes de l'ohel-mohed. « Il craignait de découvrir la vision à Éli. Mais Éli l'appela :

— « Schemouël, mon fils. »

— « Me voici, » répondit-il.

— « Que t'a-t-il dit? ne me le cache pas. Qu'Elohim te traite en conséquence, et même plus mal, si tu me caches rien de tout ce qu'il t'a dit (1). »

Il aggravait ainsi sa suggestion nocturne.

« Alors, Schemouël rapporta tout sans en rien céler : « Iahvé fera, dit Éli, ce qui est bon à ses yeux. »

C'était chez le jeune lévite le premier accident mental. Ce ne fut pas le dernier. Peut-être doublait-il alors le cap de la puberté, période critique pour les dégénérés mentaux. Quoi qu'il en soit, c'était un rêveur, un silencieux, « qui ne laissait tomber à terre aucune de ses paroles (2) », et l'on sait que la rêverie chronique est très fréquente dans la période d'incubation de la folie (3).

« Schemouël grandissait, et Iahvé était *en lui.* » Cette dernière expression semble indiquer qu'il était déjà victime d'hallucinations verbales intérieures.

S'agissait-il d'hallucinations endoauditives ou d'hallucinations kinesthésiques verbales, s'accompagnant ou non de mouvements phonateurs? Il est difficile de le dire. Mais étant donnée la fréquence avec laquelle les hallucinations endoauditives verbales font suite aux exoauditives, il est probable que ce sont bien des *voix* intérieures que le roë perçut dès lors en lui.

« Iahvé continua de se manifester à Schilo. C'était là, en effet, qu'il se découvrait en paroles à Schemouël. La parole d'Iahvé, Schemouël la redisait à tout Israël (4). »

---

(1) I. Schemouël, III.
(2) *Ibid.*
(3) *Ibid.*
(4) I. Schemouël, IX.

D'ailleurs sa situation à l'ohel-mohed, fréquenté par tous les dévots de la peuplade, lui assurait une célébrité rapide. « Quiconque allait consulter Élohim disait : « Rendez-vous jusque vers le roë. »

IV. — La transformation de la personnalité. Schemouël théomégalomane.

La foi des dévots corroborait la foi du prophète. Leur vénération exaltait son orgueil. Dès lors il est en proie à une idée fixe qui absorbe toute son énergie mentale. Elle est le centre de sa personnalité. Que dis-je? Elle la constitue. Tous les phénomènes psychiques évoluent autour d'elle. Sa conscience se réduit à la croyance qui la domine. Et cette croyance, c'est qu'il est, lui, Schemouël, l'interprète, le messager d'Iahvé, son premier ministre en temps de paix, son officier d'ordonnance en temps de guerre.

Il parle au nom du dieu à toute la race d'Israël. « Si de tout votre cœur vous revenez à Iahvé, écartant les Élohim étrangers du milieu de vous, ainsi que les Astartés, si vous établissez votre cœur en Iahvé et le servez seul, alors il vous sauvera de la main des Pélischtim (Philistins) (1). »

Il conseille et il ordonne : « Rassemblez tout Israël à Miçpa, et je prierai pour vous (2). »

Le peuple obéit et à Miçpa, « Schemouël jugea Israël (3) ».

Puis il implore Iahvé contre les Pélischtim, et, ceux-ci vaincus, s'attribue la victoire.

« Schemouël prit une pierre et la plaça entre Miçpa et Haschèn (4) (au lieu de la victoire) ; après quoi, il

(1) (2) (3) Schemouël, III.
(4) Dans la tribu d'Iehouda, sur le chemin d'Eleuteropolis à Iérouschalaïm (Jérusalem).

l'appela Eben-ha-eser (1), en ajoutant : « Jusque-là, Iahvé nous a secourus (2). »

Iahvé est si bien son dieu personnel, qu'il lui élève un autel dans sa propre maison, à Ramathaïm-Çophim.

Il est auprès de lui le député de la peuplade ; et lorsque celle-ci sacrifie sur le bama (haut lieu), nul ne mange que ce simple lévite ne soit venu bénir le sacrifice.

Il est aussi son procureur général et, chaque année, il fait sa tournée de juge à Béthel, à Guilgal, à Miçpa et autres lieux.

De là un orgueil terrible, l'orgueil des théomégalomanes greffé sur l'égoïsme des dégénérés mentaux, qui n'ont point assez de neurones pour penser aux autres, ni d'assez puissants pour les aimer.

Schemouël vieillit avec son idée fixe.

Lorsque l'âge le mit dans l'impossibilité de goûter les joies de la puissance, il voulut encore dominer par ses fils, et les établit comme juges à sa place. Mais ils se rendirent coupables de prévarication, et, comme de plus les Benê-Ammon menaçaient les Benê-Israël, les zéqénim (anciens) de la peuplade lui demandèrent un roi.

Ce lui fut une blessure profonde. Il demanda conseil au dieu qui le possédait : « Entends, lui répondit Iahvé, la voix du peuple en tout ce qu'elle te dit : ce n'est pas toi qu'ils repoussent, mais moi, qu'ils ne veulent plus voir régner sur eux. Comme ils ont toujours agi depuis le jour que je les ai fait monter de Miçraïm (Égypte) jusqu'aujourd'hui, m'abandonnant et servant les Elohim étrangers, ainsi se comportent-ils envers toi. Et maintenant, écoute leur voix ; sois leur témoin contre eux-

(1) Pierre du secours.
(2) I. Schemouël VII.

mêmes ; et expose-leur le droit du roi qui régnera sur eux (1). »

Et le roë fit devant les zéqénim le procès de la royauté en des termes d'une vérité incisive : « Tel sera, leur dit-il, le droit de celui qui régnera sur vous : il prendra vos fils pour ses chars et sa cavalerie ; ou bien ils courront devant son char. Il en fera ses sars de mille ou de cinquante hommes ; il les emploiera à ses labourages et à couper ses moissons, à fabriquer ses armes de guerre et ses attelages. Et vos filles aussi, il les prendra pour parfumeuses, pour cuisinières et pour boulangères. De vos champs, de vos vignes, de vos oliviers, il se réservera le meilleur et le donnera aux gens de son service. Vos semailles et vos vignes, il les dîmera pour en faire des présents à ses eunuques et à ses domestiques. Vos serviteurs, vos servantes, vos bœufs les meilleurs, vos ânes, il les réclamera pour son travail. Il lui faudra le dixième de votre petit troupeau et vos personnes mêmes lui serviront d'esclaves. Et lorsque vous réclamerez contre le roi que vous aurez choisi, Iahvé ne vous répondra pas en ce jour-là. »

Mais les zéqénim s'obstinèrent, et la voix dit à Schemouël :

« Ecoute-les, accorde-leur un roi (2). » Ce qu'entendant, il les renvoya dans leurs villes.

V. — La première impulsion morbide. Sacre de Schaöul.

Un homme sensé, chargé par les mandataires d'un peuple de lui choisir un roi, l'eût pris parmi les mieux équilibrés, les plus intelligents et les plus énergiques. Il

(1) I. Schemouël VIII.
(2) *Ibid.*

eût voulu avoir un homme de gouvernement et prêté toute son attention aux qualités morales.

Mais Schemouël est impulsif. Il obéit sans réflexion aux idées qui surgissent des profondeurs de sa subconscience, aux voix qui résonnent dans les ténèbres de son être.

La veille d'un jour où l'on devait offrir un sacrifice sur le bama de Ramathaïm-Çophim, Iahvé lui souffla ces mots : « Demain, à pareil moment, je t'enverrai quelqu'un de la terre de Beniamin que tu oindras chef sur mon peuple d'Israël pour qu'il le délivre de la main des Pélischtim, car j'ai regardé mon peuple, sa clameur a monté jusqu'à moi (1). »

Or, le lendemain, il vint sur le bama un certain Schaöul, fils de Qisch, homme fort riche de Guibeä à Bénianim, à deux kilomètres environ de Ramathaïm-Çophim. Ce Schaöul était beau, distingué et dominait la foule des épaules. Comme les Indiens et les Ethiopiens qui, au témoignage d'Aristotélès (2), avaient surtout égard à la grandeur et à la beauté lorsqu'il s'agissait de choisir un roi; comme ces peuples barbares dont parle Quintus Curtius Rufus, qui croyaient que les gens de haute taille étaient seuls capables d'actions extraordinaires; comme tous les hommes primitifs d'autrefois et d'aujourd'hui, Schemouël mettait les qualités générales du corps au-dessus des qualités spéciales du cerveau.

Peut-être aussi Schaöul avait-il dans sa manière d'être ce je ne sais quoi qui fait pressentir un dégénéré cérébral à un autre dégénéré cérébral, et qui fait qu'une sympathie s'établit aussitôt entre eux.

C'est qu'en effet Schaöul était atteint d'une affection mentale. Un jour, à la rencontre d'une « corde » (mo-

(1) I. Schemouël IX.
(2) Aristotélès. *Politique*, IV, 7.

nome, file indienne) de prophètes, il fut pris de leur délire et se mit à chanter avec eux. A plusieurs reprises, il lui arriva de « faire le roë » (1) au milieu de sa maison. Il était sujet à des accès de mélancolie que la musique faisait cesser, à de violentes colères et à des impulsions homicides. Deux fois, au cours de ses accès, il essaya de percer de sa lance David qui lui jouait du kinnor.

Il appartenait à cette variété de psychopathes connus sous le nom de *persécutés persécuteurs*. Il se crut trahi par David, son gendre, qui lui gagnait des batailles, donna deux fois de suite l'ordre de l'exécuter, s'accusa en pleurant de ses soupçons injustes, voulut de nouveau le faire mettre à mort, et se repentit encore, disant : « J'ai été un insensé. » Il voulut aussi faire mourir son fils Ionathan, coupable d'avoir mangé un peu de miel un jour de bataille, alors qu'il avait, lui Schaöul, donné l'ordre de jeûner jusqu'au soir. Il l'épargna; mais plus tard, se croyant trahi par lui, voulut le percer de sa lance. Il se crut aussi trahi par le grand prêtre Ahi Melek et par les cohènes, dont il fit égorger quatre-vingt-cinq avec leurs femmes, leurs enfants et leur bétail. Il eut, chez la nécromancienne d'Endor, une hallucination exoauditive verbale et crut entendre la voix de Schemouël. Enfin il se tua en se jetant sur son épée.

Dégénérescence cérébrale, accès de délire aigu, accès de mélancolie avec idées de persécution et impulsions homicides, telle était la formule mentale du roi choisi par Schemouël.

Devant ce géant, au regard sans doute étrange, le roë n'hésita pas. « Dès que Schemouël eut vu Schaöul,

(1) En hébreu, le même mot *roë* ou *nabi* désigne le prophète et le fou.

Iahvé lui fit savoir ceci : « Voilà l'homme dont je t'ai ainsi parlé : celui-ci dominera sur mon peuple » (1) ; et sans plus attendre, il dit à l'inconnu :

« Monte devant moi au bama pour que nous y mangions aujourd'hui ensemble ; je te renverrai au matin... A qui sera toute la beauté d'Israël ? N'est-elle pas à toi et à toute la maison de ton père (2) ? »

Puis il le conduisit, lui et son serviteur, à la salle du festin, leur donna la première place parmi trente convives, et fit servir à Schaöul la cuisse de la victime qu'il avait fait mettre à part. Il l'emmena ensuite à Ramathaïm-Çophim, et s'entretint avec lui, le soir et le lendemain, sur la terrasse de sa maison. Enfin, l'ayant reconduit à la limite du bourg, il lui répandit une fiole d'huile sur la tête.

S'il faut en croire la Bible, c'est en cherchant des ânesses perdues, que Schaöul était venu à Ramathaïm-Çophim, et Schemouël lui aurait dit sans qu'il lui en parlât : « Quant aux ânesses perdues il y a deux ou trois jours, que ton cœur ne s'en inquiète plus, car elles sont retrouvées (3). »

De plus, au moment de le quitter, il lui aurait annoncé qu'il rencontrerait « deux hommes près du tombeau de Rahel sur la frontière de Béniamin, à Celçat. Ils te diront : « Elles sont retrouvées les ânesses que tu es allé chercher. Ton père a oublié les ânesses et s'inquiète de vous, disant : « Que ferais-je pour mon fils ? » Continuant ta route, tu atteindras le chêne du Thabor où se présenteront à toi trois hommes montant vers Elohim à Bethel (4), l'un portant trois chevreaux, l'autre trois

(1) I Schemouël, IX.
(2) *Ibid.*
(3) *Ibid.*
(4) Depuis le songe d'Iaäqob (Genèse XXVIII), Béthel était un lieu de pèlerinages et de sacrifices.

pains ronds, le troisième une outre de vin. Ils te donneront le salut avec deux pains, que tu leur prendras des mains ; après quoi tu viendras à Guibeäth-Elohim, là où se dressent les stèles (1) des Pelischtim. A ton entrée dans le bourg, tu rencontreras un groupe de nabis descendant du bama portant devant eux des lyres, des tambourins, des flûtes, des kinnors en faisant les nabis (2).

« Alors sur toi tombera l'esprit d'Iahvé, et tu feras aussi le nabi et tu deviendras un autre homme (3).....

« Ce jour-là même s'accomplirent tous les signes » (4). Et, en rentrant chez lui, Schaöul dit à son oncle qui l'interrogeait sur le roë : « Il nous a appris que les ânesses étaient retrouvées. »

Que, sous l'influence d'une suggestion de Schemouël, Schaöul ait été pris du délire contagieux des nabis, cela cadre avec ce que nous savons de son état mental. Mais que penser des divinations relatives à la rencontre de ces psychopathes et des pèlerins de Béthel, ainsi qu'à la découverte des ânesses ?

Je n'hésite pas à déclarer que ces faits sont possibles. J'ai en effet démontré que la pensée pouvait se transmettre de cerveau à cerveau, sans l'intermédiaire des signes, à une distance de cinq mètres au moins et dans un temps extrêmement court (5). D'ailleurs il me paraît certain que cette distance peut être dépassée. Ce que nous savons de la télégraphie sans fil permet à ce sujet

(1) Les stèles frontières.

(2) Les prophètes déliraient au son de la musique, à la façon des sorciers patagons, des chamans, des derviches et des aïssaouas.

(3) L'expression est parfaitement exacte. Le nabi qui délirait entrait dans un état somnambulique, dans un état second qui en faisait un autre homme.

(4) I Schemouël, X.

(5) Ch. Binet-Sanglé. Expériences sur la transmission directe de la pensée. *Annales des Sciences psychiques*, mai-juin 1902.

toutes les hypothèses. Il se peut donc que Schemouël soit entré à distance en relation psychique avec les gens de Qisch, avec les nabis de Guibeäth-Elohim et avec les pèlerins de Béthel. Cela plaiderait en faveur de sa dégénérescence mentale, la receptivité télépathique ne se rencontrant guère que chez les dégénérés.

Schaöul oint, Schemouël convoqua le peuple à Miçpa, et lui adressa ces paroles amères :

« Ainsi s'est exprimé Iahvé, l'Elohim d'Israël : « C'est moi qui vous ait fait monter de Miçraïm et qui vous ai tirés de la main de Miçraïm, et de tous les royaumes qui vous opprimaient. Mais vous, aujourd'hui, vous avez repoussé votre Elohim qui vous avait sauvé de tous vos maux et de vos angoisses, et vous lui avez dit : « Etablis un roi sur nous (on le voit Schemouël s'identifie avec Iahvé). Mettez-vous donc en ordre devant Iahvé par tribus et par kiliarchies. » Puis il désigna la tribu de Béniamin, la famille de Matri, et parmi elle Schaöul. Mais on le chercha sans pouvoir le trouver. Alors on interrogea Iahvé, c'est-à-dire Schemouël, qui répondit : « Il est caché parmi les bagages. »

C'était exact, et c'est là à la fois un nouvel exemple de transmission directe de la pensée et une nouvelle preuve de la psychopathie de Schaöul.

On alla le chercher, et on le plaça au milieu de la foule, « qu'il dominait de toute l'épaule et au-delà : « Voyez, dit Schemouël à toute la nation, celui qu'a élu Iahvé ; il n'y en a point de semblable en tout le peuple (1). »

Dès lors la royauté juive est constituée. Elle s'appuie sur la religion, c'est-à-dire sur l'ignorance et sur l'erreur, ses bases éternelles. Schaöul est la statue, mais Schemouël est le piédestal, et le roë n'aurait qu'à haus-

(1) I Schemouël, X.

ser les épaules pour que la splendeur qu'il supporte soit anéantie. Du moins il en fut ainsi dans les premiers temps du règne. Schaöul n'eût pas osé faire acte d'indépendance. Lorsqu'il voulut porter secours aux habitants d'Iabesch de Guileäd assiégés par les Benê-Ammon, il mit en pièces une paire de bœufs et en envoya les morceaux dans tout le territoire d'Israël avec ces mots : « Qui ne suivra pas Schaöul *et Schemouël*, il en sera fait de même qu'à ces bœufs (1). »

Mais, après sa victoire sur les Benê-Ammon, lorsqu'il eut entendu la foule enthousiaste crier, visant sans doute les partisans de l'autocratie religieuse : « Quel est donc celui qui dit : « Schaöul ne régnera pas sur nous? Livrez-nous ces gens que nous les mettions à mal (2) », peut-être inclina-t-il alors à sortir de page et à faire acte de roi.

Toujours est-il que Schemouël sentit le besoin de lui rappeler qu'il était sa créature.

« Allons à Guilgal, dit-il au peuple, pour y renouveler la royauté. » Et là, devant le dieu qui nourrissait son orgueil et fécondait sa puissance, il confirma à Schaöul le pouvoir suprême, cependant que les Benê-Israël faisaient des sacrifices d'actions de grâce.

(1) 1 Schemouël, XI.
(2) I Schemouël, X.

(*A suivre.*)

Pathologie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr Wladimir SERBSKY
Professeur agrégé,
privat-docent à l'université de Moscou.

Suite (1).

II

Lorsqu'on analyse la démence précoce de Kraepelin ce qui saute aux yeux tout d'abord, c'est l'impossibilité dans laquelle on se trouve, de déterminer les traits caractéristiques fondamentaux de ce groupe morbide, ainsi que l'élément, qui unifierait les phénomènes cliniques les plus divers, présentant un vrai chaos.

On nous indique, il est vrai, comme caractère général de l'affection, le passage (2) aux états de démence tout particuliers ; cependant pour ajouter de suite qu'on ne saurait considérer cette issue comme absolument obligatoire, qu'elle serait seulement excessivement fré-

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1903.
(2) Kraepelin, *l. c.* Vol. II, p. 137. Je fais observer l'expression « aux états de démence », et non « à l'état ».

quente. La description générale de la maladie, telle qu'elle est donnée, nous frappe par le peu de précision des symptômes isolés et le vague du tableau clinique. Je suis embarrassé de résumer les traits les plus saillants de cette affection, ne les ayant pas trouvés ; et c'est ainsi que je me vois obligé d'énumérer tous les symptômes séparément, qui appartiennent au tableau clinique général (1).

La *perception* des impressions, venant du monde extérieur, n'est *généralement* pas atteinte d'une façon tant soit peu notable. C'est pour cela aussi que l'*orientation* du malade n'est pas troublée, le *plus souvent* ; c'est seulement s'il existe de la stupeur, ou un état d'angoisse très prononcé, qu'elle peut par moments être troublée plus *profondément*. Les *erreurs de perception* sont très *fréquentes*, surtout dans la période aiguë et subaiguë de la maladie. Dans *beaucoup de cas*, la *conscience* reste parfaitement nette pendant longtemps ; cependant, dans les périodes d'excitation et de stupeur, elle peut se trouver temporairement obnubilée. L'*attention*, par contre, présente *habituellement* de graves désordres ; *souvent*, il existe une grande facilité de troubler l'attention du malade, ce qui fait que le malade n'arrive pas à la fixer sur un objet quelconque ; mais ce qui lui manque surtout, c'est l'intérêt, c'est le désir de porter son attention, de son propre chef, sur tel ou tel objet. Cependant, *dans certains cas*, lorsqu'il n'existe plus de stupeur, on peut observer, chez ces malades, une certaine curiosité. La *mémoire* est relativement *peu atteinte*, la *faculté d'enregistrement des impressions* est *souvent* bien conservée, quoique après un état de stupeur grave : les malades ignorent complétement, ou ne se souviennent que vaguement, des longues périodes de leur vie.

(1) Kraepelin, *l. c.* Vol. II, pp. 138-148.

Le *cours de la pensée* est *habituellement* troublé tôt ou tard, et très notablement. En dehors d'une confusion, aux moments d'excitation et de stupeur, on observe, en règle générale, un manque d'enchaînement dans les idées (*Zerfahrenheit*), plus ou moins prononcé. Dans les cas peu graves, cela ne se manifeste peut-être que par la facilité avec laquelle on arrive à troubler l'attention du malade (*Ablenkbarkeit*); par des sautées qu'il fait d'un sujet à l'autre; par l'introduction dans son langage des phrases inutiles, et des pensées d'importance secondaire. Dans les cas graves, il se produit *assez souvent* une aberration de la parole (*Sprachverwirrtheit*), avec perte complète de suite dans les idées et formation de néologismes. *Presque toujours* on trouve des indices de stéréotypie, la faculté de retenir certaines images... *Souvent* aussi, on observe une tendance à faire des rimes, à chercher des consonances, dépourvues de sens, à un jeu forcé de mots. Mais c'est *la faculté du jugement*, qui est gravement atteinte dans tous les cas. Si d'une part, les malades conservent quelquefois cette faculté, par rapport à ce qu'ils avaient appris et assimilé avant le début de leur maladie, ils sont incapables, d'autre part, d'élaborer de nouvelles données. Bien qu'assez souvent ils gardent quelque conscience du changement morbide qui s'est accompli chez eux, néanmoins, en règle générale, ils ne se rendent pas compte, d'une manière sérieuse (*sic*), de la gravité de leur mal et des conséquences ultérieures. Sur ce terrain se développent *très souvent* des *idées délirantes* passagères ou prolongées, d'un caractère soit dépressif, soit expansif. Ces idées ne tardent pas à prendre un cachet d'absurdité, de monstruosité, et changent plus ou moins rapidement. Cependant, dans la forme paranoïde, les idées délirantes sont plus persistantes, bien que dans ces cas également, elles deviennent de plus en plus absurdes.

Les troubles dans le domaine *du sentiment psychique*, jouent un très grand rôle. Sans parler des fréquents changements d'humeur, au début de la maladie, c'est l'*obtusion psychique* (*gemüthliche Verblödung*), qui constitue un des signes fondamentaux de tout le processus morbide. C'est à cet ordre de troubles, qu'il faut rapporter le manque d'intérêt chez le malade, pour tout ce qui l'entoure. C'est cette indifférence particulière à ses devoirs moraux, la perte de l'affection à l'égard de ses parents et amis, la perte du sentiment de la satisfaction que devraient lui donner son activité, sa vocation, ses loisirs et ses plaisirs, qui constituent *assez souvent* le premier signe saillant de l'affection. A la période terminale, c'est également cette indifférence absolue du malade pour son entourage, qui forme le trait principal du tableau clinique, quoiqu'il survienne, de temps en temps, une certaine irritabilité, qui disparaît du reste rapidement et ne persiste que rarement.

En même temps qu'il existe un trouble profond dans le domaine des sentiments, nous constatons des anomalies *dans la conduite* et *les actes* du malade, qui donnent au tableau un cachet tout particulier. Comme trait fondamental et général, nous devons considérer apparemment *la diminution* des impulsions volontaires (*Willensantriebe*), qui se réduirait à la disparition de la volonté, à la période terminale, tout en étant souvent *nette* dès le début de l'affection. A côté de cette incapacité d'agir en toute indépendance, il peut survenir pour un temps plus ou moins long, une impulsion aux mouvements plus ou moins prononcée, qui peut aller jusqu'à un véritable accès de fureur. Mais dans ce cas encore, nous avons à faire, non à une augmentation en fait d'impulsions, mais à une excitation purement motrice. Le malade, se livrant à des mouvements, n'a pas de but déterminé ; ces mouvements ne sont qu'une

manifestation désordonnée d'une tension intérieure. Cette excitation est en tout cas liée à une transformation plus facile des impulsions en actes.

L'impossibilité de réprimer les impulsions qui prennent naissance, existe non seulement à la période de l'excitation, mais aussi lors de la stupeur. Dans ce dernier cas, c'est *l'inhibition* de la volonté (*Willenssperrung*), qui forme le symptôme saillant : chaque désir est immédiatement anéanti par un autre, plus fort que lui et contradictoire. C'est ainsi que se développe le *négativisme,* qui se rencontre chez ces malades *excessivement souvent*, et sous forme la plus variée. Ce négativisme, qui n'est que rarement influencé par des causes extérieures, peut être directement stimulé par un travail intérieur ; et c'est ainsi que des malades, jusque-là immobiles, se livrent tout à coup avec une grande véhémence à l'accomplissement d'un acte absurde quelconque, pour retomber ensuite, aussi soudainement peut-être, dans leur état antérieur. Dans un grand nombre de cas, les impulsions une fois surgies, ne disparaissent pas, mais se répètent après un laps de temps plus ou moins long. C'est de cette façon que se développent les différents mouvements *stéréotypiques* et les *attitudes du corps* semblables, qui donnent leur cachet particulier à la catatonie ; ensuite vient la verbigération et enfin les *manières* (*die Manieren*), qui, du moins dans la majorité des cas, ne sont autre chose que des actes libres, dans leur modification morbide et figée.

L'automatisme suggéré (*Befehlsautomatie*), qu'on rencontre *très fréquemment* chez ces malades, se trouve en rapport étroit avec le trouble profond de la volonté, avec la perte des impulsions et les inhibitions. Les malades atteints de démence très prononcée, sont non seulement obéissants, ils se soumettent facilement au régime monotone des grands asiles, mais encore ils

présentent souvent des signes de suggestibilité augmentée (catalepsie, écholalie, échopraxie). *L'aptitude au travail* est atteinte très notablement chez tous les malades sans exception. On est obligé de les pousser : la moindre difficulté les arrête ; ils sont incapables de s'adapter à de nouvelles conditions, quoique un certain nombre d'entre eux accomplissent avec un grand soin leur besogne habituelle.

Parmi les symptômes physiques, il faut noter les *crises*, qu'on observe dans 18 p. 100 des cas environ. Ce sont généralement des syncopes ou des attaques épileptiformes, tantôt isolées, tantôt répétées ; plus rarement des convulsions dans certains groupes musculaires (du visage, des mains) ; ou bien des attaques apoplectiformes, avec paralysie consécutive. *Souvent*, c'est une de ces attaques qui constitue le premier symptôme de l'affection au début. Quelquefois on observe des convulsions hystériformes, des paralysies, ou bien des mouvements choréiques particuliers (ataxie athétoïde). Les réflexes sont généralement exagérés, *parfois* d'une façon considérable ; souvent il existe une excitabilité mécanique des muscles et des nerfs. Les pupilles sont *très souvent* nettement dilatées, surtout à la période d'excitation ; *parfois*, on observe l'inégalité des pupilles, mais qui varie. On constate en outre des troubles vasomoteurs, la cyanose des œdèmes circonscrits, le dermographisme ; dans quelques cas, des sueurs abondantes. La salivation est *souvent* exagérée, l'activité du cœur soumise à des grandes variations : elle est tantôt accélérée, ce qui est plus fréquent, tantôt ralentie, *souvent* affaiblie et irrégulière. La température est le plus souvent au-dessous de la normale. Les règles sont généralement supprimées, ou deviennent irrégulières.

Kraepelin a très souvent observé l'augmentation du volume de la glande thyroïde : ce qui, d'après l'auteur

lui-même, serait peut être simplement lié à la fréquence du crétinisme dans le pays. L'*anémie* est apparemment *très fréquente;* dans un cas, on trouva du sucre dans l'urine ; un autre malade avait de la polyurie. Le *sommeil*, pendant toute la durée de la maladie, est souvent troublé. Quant à l'alimentation, on se trouve aussi bien en présence d'un refus absolu de manger que d'une voracité extrême. Le *poids* du *corps* baisse d'abord *habituellement*, souvent d'une façon très notable, allant parfois jusqu'à un amaigrissement effrayant ; plus tard, il augmente dans la plupart des cas, et cela d'une façon excessive.

Tels sont les symptômes généraux, multiples et variant à l'infini, de la démence précoce, du groupe de Kraepelin. Déjà les expressions mêmes : « habituellement, souvent, assez souvent, parfois », etc., démontrent assez que la majorité de ces symptômes, ne forment pas la partie indispensable et essentielle de la maladie. Ils peuvent manquer, ou bien exister, tantôt sous une forme, tantôt sous une autre, tout à fait contraire. Çe n'est que par le manque d'un vrai fil conducteur qu'on arrive aussi à expliquer ce fait, que parmi les signes distinctifs importants figure également la manière de donner la main (1). Les symptômes, tels que les troubles de l'attention et de la faculté du jugement, constituent eux-mêmes un phénomène conditionnel et nullement obligatoire. L'attention, dont les désordres sont considérés par certains auteurs tels que Tschisch (2) et Daraszkiewicz (3), comme le trait essentiel et fondamental de l'hébéphrénie, est généralement

(1) Kraepelin. *Einführung in die psychiatrische Klinik*, 1901, p. 25, 29.
(2) Tschisch. Hôpital de Saint-Panthelemon. *Vestnik* de psychiatrie clinique du professeur Merjeewsky, vol. 5, fasc. 2, p. 193 (en russe).
(3) L. Daraszkiewicz. *Ueber Hebephrenie*, Dorpat, 1892.

ou souvent atteinte ; mais parfois elle ne l'est pas du tout, comme le prouve la curiosité manifestée par les malades. La faculté du jugement est souvent conservée, en ce qui concerne ce que le malade avait appris avant sa maladie ; souvent même, il a conscience de son état. Si nous faisons remarquer que Kraepelin rapporte également à la démence précoce le délire de la persécution typique, il devient évident que les troubles de l'attention et de la faculté du jugement ne sauraient en aucune façon constituer une partie intégrale du tableau clinique ; car dans la paranoia chronique, prise dans le sens général et non dans le sens étroit, comme le fait Kraepelin, ni l'attention ni la faculté du jugement ne manifestent, pendant un laps de temps très long, aucun trouble tant soit peu perceptible. De telle sorte que, pour ce qui a trait au domaine intellectuel, nous n'y trouvons pas un symptôme embrassant tous les cas particuliers. D'après Kraepelin, c'est l'obtusion psychique, plus ou moins prononcée, qui serait commune à tous les cas et déterminerait les modifications de l'activité de la volonté ; cependant ce signe n'a non plus qu'une valeur douteuse, si on pense de nouveau au délire de la persécution typique, où on ne peut noter couramment, pendant longtemps, aucune modification, ni dans le domaine des sentiments psychiques, ni dans la sphère motrice (à moins, qu'on ne suive l'exemple de Kraepelin, et qu'on ne rapporte à des particularités motrices, la tendance à la formation des néologismes, que du reste l'auteur de la « stupeur maniaque », « de l'aliénation maniaque dépressive », etc., semblerait manifester lui-même).

Dans son « Introduction à la psychiatrie clinique », Kraepelin (1), tout en résumant sa manière de voir, en

(1) *Loc. cit.*, p. 27.

ce qui concerne la démence précoce, dit qu'il la considère comme un état de démence (*Verblödungszustand*), où la faculté de perception et le souvenir des connaissances déjà acquises sont de beaucoup moins troublés que le jugement, ainsi que les mouvements psychiques (*die gemüthlichen Regungen*) et les manifestations de la volonté, si intimement liées à ces mouvements. La perte absolue de la vivacité intellectuelle (*die geistliche Regsamkeit*), de l'intérêt, l'absence de tout besoin d'activité, constitueraient d'après l'auteur, avec la faiblesse du jugement, les traits essentiels de la démence précoce, qui accompagneraient la maladie pendant toute la période de son évolution et persisteraient plus tard. A côté de ces troubles peuvent en exister d'autres, qui occupent le premier plan dans certains cas; mais cela n'est que d'une façon passagère, et *ils ne sauraient*, par conséquent, *être considérés comme des signes essentiels et distinctifs* (*kennzeichnende*).

De cette façon, la conception de la démence précoce se réduit, somme toute, à celle de l'état d'une démence acquise, où la sphère intellectuelle est aussi bien frappée que la sphère du sentiment psychique et de la volonté. Nous n'aurions donc, à ce point de vue, aucun point de repère pour distinguer la démence précoce des états de démence secondaire, qui ont pour base les mêmes traits caractéristiques.

D'autre part, tout en effaçant ainsi toute différence entre la démence précoce et la démence secondaire, Kraepelin se contredit d'une façon peu concevable, en soutenant en même temps, que la démence précoce, telle qu'il l'entend, est loin de se terminer toujours par un état de démence. Ainsi, il dit dans son « Introduction » (1), que bien que la possibilité que la démence

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, p. 30.

précoce puisse se terminer par une guérison complète et stable, telle que la science rigoureuse la comprend, bien que cette possibilité soit encore douteuse, à l'heure qu'il est, elle ne peut pas non plus être rejetée. Ensuite dans son *Traité de psychiatrie*, il nous donne 8 p. 100 de cas de forme hébéphrénique, 13 p. 100 de cas de forme catatonique, qui peuvent être considérés comme ayant abouti à la guérison, toute réserve faite cependant, qu'il avait bien pu s'agir, dans ces cas, de longues rémissions ou bien d'une guérison avec lacune, pourtant si insignifiante qu'elle passe inaperçue aux yeux de l'entourage. On ne saurait manquer de souligner cette curieuse contradiction en fait de logique, qui veut qu'un groupe pathologique dont le trait fondamental *unique* consisterait dans le passage à la démence, se terminerait cependant favorablement dans une assez grande série de cas ; il s'en suit qu'il y aurait démence sans démence.

A part cela, il existe un autre point qui attire notre attention, c'est que la démence précoce de Kraepelin pourrait se développer à n'importe quel âge (1). Bien qu'il dise que dans la majorité des cas (plus de 60 p. 100), le début de la maladie se rapporterait avant les vingt-cinq ans, elle pourrait cependant se développer à quarante, cinquante et cinquante-cinq ans. Là encore, nous constatons un malentendu non moins considérable, qui résulte de l'étrange abus qu'on a fait du terme. En effet, le terme de la démence précoce a été introduit dans la science pour indiquer la déperdition d'un organisme avant qu'il eût le temps de se développer complètement. Quelle que soit notre manière d'envisager l'essence même du processus, que nous le mettions en rapport avec les modifications physiques se produisant à

---

(1) *Psychiatrie*, vol. II, p. 200.

l'époque de la puberté, ou bien que nous le considérions comme un processus prédéterminé *ab ovo*, auquel la période de la puberté n'aurait fait que donner une impulsion à la suite de la disproportion entre les forces de l'économie et les exigences d'une activité plus grande, le processus lui-même est caractérisé par deux conditions principales : 1° par la ruine de l'organisation psychique, c'est-à-dire par la démence définitive et irréparable; et 2° par le fait que cette ruine se produit à une époque de la vie où l'organisation psychique n'avait pas encore atteint son apogée, et ce qui est précisément indiqué par le terme « précoce ». Si l'on ne tient pas compte de ces conditions essentielles, c'est comme si l'on allait reconnaître la possibilité d'une terminaison favorable à la démence sénile, et que cette dernière forme pourrait se produire à vingt ou trente ans. C'est ainsi que dans les cas où l'une de ces deux conditions manque, et à plus forte raison dans les cas où les deux manquent, on peut parler de n'importe quelle affection, mais jamais de la démence précoce.

On sait que Kraepelin distingue trois sous-variétés de la démence précoce : la forme hébéphrénique, la forme catatonique, et la forme paranoïde. Dans la description de la forme hébéphrénique, Kraepelin suit l'exemple de Daraszkiewicz, en élargissant le cadre du tableau caractéristique donné par Hecker, et cela par le fait qu'il y fait entrer des formes graves d'hébéphrénie qui aboutissent à une démence profonde. En ce qui concerne la forme catatonique, je ne puis que me réjouir de voir Kraepelin la placer dans le groupe de la démence précoce ; car moi-même, bien avant lui, au moment où il n'admettait pas encore l'existence de la démence précoce elle-même, et qu'il rapportait la catatonie à la vésanie (Wahnsinn),

(1) Voir par exemple *Psychiatrie*, de Kraepelin, 3e édit., 1889.

j'avais indiqué l'étroite parenté de la catatonie et de l'hébéphrénie, tout en insistant sur la nécessité de faire rentrer dans le groupe de la démence précoce, un certain nombre de cas de catatonie (1).

Mais je n'ai pas cru logique, et je persiste dans mon opinion, de rapporter tous les cas de catatonie à la démence précoce. Le complexus symptomatologique catatonique s'observe dans les formes morbides les plus diverses et en dehors de la démence précoce, particulièrement dans l'*amentia*. C'est là précisément où se trouve, à mon avis, l'explication de ces contradictions importantes des auteurs, sur la catatonie, son essence, ses causes, sa caractéristique, sa terminaison, etc. Je crois nécessaire de dire, à ce propos, que je parle de l'*amentia* dans le sens généralement adopté et non pas dans le sens étroit de Kraepelin, qui, comme on le voit dans la sixième édition de sa *Psychiatrie*, en rétrécit le cadre tout à fait arbitrairement et n'y rapporte que des cas suivis d'excitation motrice, en éliminant de la symptomatologie de cette forme tous les signes de dépression psychomotrice qui avaient figuré

(1) Serbsky. Des formes de troubles psychiques décrites sous le nom de catatonie. Moscou, 1890. — Compte rendu dans *Erlenmeyer's Centralbl.*, 1891, p. 145.

Petite observation pro domo meâ. Le professeur Tschisch indique, dans son étude sur la catatonie (Kasan, 1898), une contradiction dans mes conclusions. Je dis dans la conclusion nº 1 que la question de l'existence de la catatonie, comme d'une forme morbide autonome, reste jusqu'à présent ouverte ; tandis que dans mes conclusions nᵒˢ 18 et 19, je lui dénie cette existence autonome. Mais une telle contradiction est inévitable dans toute recherche. Un auteur n'aborde une question que parce qu'il la considère comme non résolue, en litige, ou insuffisamment élucidée, et penche ensuite, en se basant sur des données acquises, pour telle ou telle conclusion. Il est évident que Tschisch lui-même, en posant la question de l'existence de la catatonie, la considère par cela même comme insuffisamment éclaircie, c'est-à-dire ouverte ; sa conclusion catégorique, sur ce que la catatonie doit être considérée comme une forme pathologique autonome, n'y contredit point.

encore dans la cinquième édition de son ouvrage. Il est évident que tous les « états de faiblesse infectieux » qu'il cite (*die infectiösen Schwächezustände*), abstraction faite de la maladie de Korsakoff (psychose polyneuritique, mentionnée ici à tort), rentrent dans le groupe de l'*amentia*, aussi bien que le « délire lors du collapsus » qui ne fait que constituer une forme d'*amentia* à évolution rapide, quoique Kraepelin soit porté à considérer au contraire l'*amentia* comme un délire chronique lié au collapsus. Je tiens à rappeler encore une fois que l'*amentia*, dans le sens généralement accepté, est loin, quoiqu'en pense Kraepelin, de se terminer toujours par la guérison; dans beaucoup de cas elle aboutit à la démence. Quant au groupe « des formes paranoïdes », considéré dans le cadre qu'on leur avait assigné au début, il doit être estimé comme une trouvaille assez réussie ; mais ce qui est une grande erreur et ne repose sur aucune donnée, c'est de rattacher à ce même groupe la paranoia chronique avec hallucinations, c'est-à-dire le délire de persécution typique, comme le fait Kraepelin dans la sixième édition de son ouvrage.

Cette dernière affection typique et parfaitement déterminée, dont le passage à la démence est encore contesté par nombre d'auteurs, ne peut évidemment être mêlée à l'hébéphrénie et à la catatonie, avec lesquelles elle n'a rien de commun ; et une telle confusion ne saurait contribuer à élucider le groupe de la démence précoce, groupe déjà suffisamment vague et peu précis. Je ne m'y arrête pas plus longuement, car cette manière de voir a été contestée suffisamment par d'autres auteurs (1).

Après cette rectification nécessaire, le terme de

---

(1) Séglas. La démence paranoïde. *Ann. médico-psychologiques*, 1900, n° 1 (septembre-octobre).

démence paranoïde détermine assez bien un certain nombre de cas, où les idées délirantes polymorphes et non systématisées se combinent à une démence survenant rapidement, ou bien marquée même dès le début. Peut-être, connaîtrons-nous bientôt, à côté de cette forme, d'autres telles que la démence amentoïde, la démence mélancholoïde, la démence manioïde, etc. ; car évidemment, ce ne sont pas seulement les états délirants, mais aussi les états d'*amentia*, de mélancolie ou de manie, qui peuvent ne durer qu'un laps de temps relativement court, pour céder de plus en plus le pas à la démence. Pour ma part cependant, je ne suis pas encore fixé, si tous les cas de la démence paranoïde doivent être rattachés à la démence précoce, et quel serait le rapport de cette nouvelle forme avec les crises délirantes et les psychoses plus prolongées des dégénérés, qui assez souvent ont une terminaison tout à fait bénigne.

Je ne tiens pas à discuter longuement la théorie de l'*auto-intoxication*, nullement justifiée jusqu'à nos jours, qu'on lie à des processus complètement inconnus, qui se passeraient dans la sphère génitale et que Kraepelin tend à considérer comme la cause déterminante de la maladie. Pour ma part, je ne conçois pas dans ce cas la façon dont on pourrait la concilier avec la possibilité du développement de la démence précoce, à n'importe quel âge de l'individu ; j'ignore également si cette théorie s'applique aussi à la paranoïa chronique, et en général aux cas où la maladie se produit entre trente et cinquante ans et plus tard. Si elle embrasse tous ces cas, l'auto-intoxication par des produits génitaux devient un phénomène incompréhensible et inexplicable ; si, par contre, les cas susmentionnés n'entrent pas en ligne de compte, la théorie perd de son importance, en tant qu'élément unificateur, destiné à préciser le tableau

clinique vague de l'affection, ne serait-ce qu'au point de vue de la pathogénie.

Je dois enfin noter encore un fait. On reconnaît souvent à Kraepelin le mérite d'avoir trouvé une méthode soi-disant nouvelle d'examen clinique, méthode qui serait très féconde et qui tendrait à remplacer l'analyse psychologique par un critérium objectif et irréfutable, dans la mesure du possible. Je pense que cette assertion est entièrement fondée sur un malentendu; car sauf un tout petit nombre d'exceptions concernant des affections organiques, nous ne possédons point de ces signes incontestables, et ceux qu'on prétend tels exigent absolument une analyse psychologique, pour peu que nous ne désirions pas commettre une grave erreur.

Kraepelin, lui, se contente en effet de ces signes quasi-objectifs, tels que le négativisme, la stéréotypie et l'automatisme suggéré (*Befehlsautomatie*), pour poser le diagnostic de la démence précoce. Il arrive cependant à observer l'automatisme sous des aspects différents, également dans l'*amentia*, bien que dans ce dernier cas, il soit bien moins prononcé (1). Par conséquent, il n'y a pas à se fier à un signe absolument incertain et tout à fait subjectif, étant donné qu'il faut tenir compte, non pas de la présence de ce trouble, mais de son degré. Le négativisme et la stéréotypie sont des signes bien plus stables et qui figurent partout, comme des symptômes sûrs, de la démence précoce, et qui permettraient de poser le diagnostic au premier coup d'œil. Mais là encore, on se heurte à de graves inconvénients, car il est parfois très difficile de distinguer le négativisme des phénomènes d'inhibition psychomotrice, lors d'un état mélancolique (2); ensuite le malade

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, p. 206.
(2) *Ibid.*, p. 206, 421, 422, etc.

peut manifester de la résistance, à cause de son état d'angoisse et d'irritabilité, et c'est ainsi qu'on est obligé quand même d'avoir à l'appui recours à une analyse psychologique. Et cependant, à la stéréotypie se rapportent les phénomènes tels que le rire des déments, leur manière de donner la main, et la formation des néologismes dans la paranoïa chronique.

D'un autre côté, le négativisme et la stéréotypie ne constituent pas même des phénomènes obligatoires pour tous les cas de démence précoce; on n'arrive pas, bien souvent, à déceler leur traces, ne serait-ce que dans la manière de rire des malades ou de donner la main; et puis, la présence de ces signes, même excessivement nets, dans la paralysie générale par exemple, n'est pas contestée par Kraepelin lui-même; aussi chaque fois qu'ils se présentent, ils demandent un examen particulièrement minutieux, qui exige presque l'analyse psychologique.

Car personne n'a démontré que le négativisme et la stéréotypie ont toujours la même pathogénie, qu'ils ne sont que des troubles spontanés de la volonté, et qu'ils se réduisent toujours à des troubles de volition. S'il en était ainsi, le procédé simplifié du diagnostic serait certes pleinement justifié : le malade refuse-t-il à manger, garde-t-il le silence, fait-il des mouvements quelconques, on dit que ses désirs sont troublés, sa volonté atteinte, et on doit le reconnaître comme frappé de démence précoce. Cependant, dans toute une série de cas, on peut établir avec certitude que le négativisme et la stéréotypie proviennent, non pas d'un trouble survenu dans le domaine des volitions, mais d'un trouble de l'intellect et du sentiment psychique; dans toute une série de cas, l'immobilité du malade, son refus de manger, son silence, etc., sont incontestablement et très intimement liés à des idées délirantes et

des hallucinations ; on peut très souvent le suivre par rapport à tel ou tel mouvement stéréotypique (1). Il suffit de rappeler l'exemple classique cité par Esquirol : « Ne bouge pas, où tu es perdu », pour se convaincre que la *résistance* à tout changement d'attitude peut être déterminée par un facteur puissant, telle qu'une hallucination impérieuse, et qu'elle n'a pas besoin d'une interprétation aussi peu concevable comme celle de Kraepelin, qui dit que tout désir est immédiatement suivi d'un autre et d'un plus intense. Étant données toutes ces conditions, il devient absolument impossible de borner son étude exclusivement aux manifestations extérieures, si nettes qu'elles soient, et de baser sur elles son diagnostic en les considérant comme des signes objectifs incontestables ; il ne suffit pas de les constater, il est nécessaire de chercher à les comprendre, à expliquer leur origine dans chaque cas particulier, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de recourir à l'ancienne méthode, à l'analyse psychologique.

Nous devons donc reconnaître que les idées de Kraepelin, loin d'avancer l'étude de la démence précoce, y ont apporté, au contraire, une grande confusion et une série de malentendus. L'absence d'un point de vue fondamental, une contradiction en fait de logique dans la définition de la maladie elle-même, la délimitation insuffisante de l'affection, la place qu'on lui réserve à côté de la démence secondaire, de l'*amentia*, de la paranoia chronique, tout cela nous conduit à regarder la démence précoce comme un groupe absolument artificiel, nullement unifié, comprenant des processus les plus hétérogènes.

---

(1) Pour plus de détails, voir Serbsky. *Des formes de troubles psychiques, décrites sous le nom de catatonie*, p. 68 et suiv., 88 et suiv.

(*A suivre.*)

DE

L'INFLUENCE DES SORTIES PRÉMATURÉES

DANS CERTAINS ÉTATS MÉLANCOLIQUES

Par le Dr PASTUREL

Médecin adjoint de l'asile de Leyme (Lot).

La thérapeutique mentale est assez restreinte pour que l'on ne néglige aucun moyen curateur, toutes les fois que l'on a l'occasion d'en constater l'efficacité.

Que ce moyen curateur soit physique ou moral, peu importe, il suffit qu'il produise son fruit. Les systèmes exclusifs sont mauvais en pathologie mentale ; il est bon suivant les circonstances de combiner, d'associer le traitement moral et physique et d'insister lorsqu'on juge le moment opportun plutôt sur l'un que sur l'autre.

C'est dans ce but que nous avons à cœur de mettre en relief un mode de traitement qui nous a donné de bons résultats, dans une forme de psycho-névrose, dans quelques cas de folie mélancolique.

Nous voulons parler des sorties prématurées, dont à notre avis, on ne fait pas assez souvent usage dans les asiles.

Certes, cette idée n'est pas nouvelle. Déjà Taguet (1) a signalé les résultats appréciables de ces sorties chez

---

(1) Taguet. Des sorties provisoires comme moyen de traitement de la folie. *Ann. médic. psych.*, sept. 1879.

certains malades, notamment chez des mélancoliques.

Ritti (1), dans l'article consacré au traitement de la mélancolie, a constaté que quelquefois la sortie prématurée de certains mélancoliques et leur réintégration dans le milieu familial après un séjour dans un établissement d'aliénés, avaient un effet des plus salutaires.

Il ne faut pas croire qu'il faille généraliser ce mode de traitement et l'appliquer indistinctement à tous les mélancoliques qui entrent dans un asile. Bien loin de là, nous pensons qu'il ne doit être employé qu'en dernier lieu, lorsqu'on aura épuisé toutes les autres ressources de l'art thérapeutique, enfin lorsqu'on verra que les malades ne bénéficient plus du séjour à l'asile, qu'ils tombent dans un état subaigu, précurseur souvent de la chronicité.

Les observations qui suivent et qui sont démonstratives à ce sujet, feront bien voir qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, mais d'un réel effet, plusieurs fois d'ailleurs soigneusement analysé.

Observation I. — V... (Louise), âgée de trente ans, ménagère, mariée. Un de ses parents a été aliéné. Entrée à l'asile le 1er janvier 1902.

De nature très émotive, d'après la version de son mari, elle avait quelquefois des idées bizarres.

La maladie mentale semble avoir pour cause le sevrage d'un enfant de seize mois (folie liée à la lactation). Elle revêt la forme d'une mélancolie anxieuse avec idées de ruine, de perdition, de culpabilité, hallucinations de l'ouïe et de la vue, tendances au suicide, refus intermittent d'aliments.

Elle ne mange pas pour faire pénitence, et parce que la nourriture n'est pas payée et qu'elle ne veut pas ainsi ruiner sa famille; résiste à tout ce qu'on veut lui faire faire, qu'il

---

(1) Ritti. Traitement de la mélancolie. In *Traitement des maladies mentales* du *Traité de Thérapeutique appliquée*, publié sous la direction d'Albert Robin. Paris, 1898.

s'agisse de s'habiller ou de se déshabiller, d'aller à table ou au lit, etc.

Céphalées, insomnie, hallucinations.

Elle entend son mari, elle sait qu'il est dans l'établissement, elle l'a aperçu et on ne veut pas le lui laisser voir. Elle pleure souvent.

En même temps troubles somatiques tels que constipation, aménorrhée, perte d'appétit.

Ces symptômes aigus du début s'amendent au bout de quelque temps, par l'administration de sulfonal, d'extrait d'opium, de laxatifs, de bains tièdes.

Mars 1903. — L'anxiété a diminué, les idées de ruine, de perdition ont en partie disparu, l'état physique est meilleur ; mais il persiste encore de la confusion des idées, une émotivité non justifiée, des craintes puériles.

Sa famille la réclame à tout prix : sur ses instances réitérées, quoique la malade soit depuis peu à l'Asile, on ne s'oppose pas à sa sortie qui a lieu le 13 mars 1902. Depuis cette époque-là, c'est-à-dire depuis plus d'un an, l'état mental a été bon. V... se plaint seulement de céphalées intermittentes.

Observation II. — M... (Mélanie), âgée de trente-sept ans, mariée, cultivatrice. Tares héréditaires dans la famille. Suicides.

Internée une première fois en 1882 pour troubles hystériformes avec crises de dépression et d'excitation alternatives ; a trois enfants en bonne santé.

Présente au moment de son deuxième internement en décembre 1091 les troubles mentaux d'une maniaque, c'est-à-dire de la loquacité, de l'incohérence, de l'agitation, etc...

Quinze jours après, c'est le tableau d'une mélancolique avec dépression, mutisme, refus d'aliments qui n'est que passager.

Sa figure exprime l'anxiété, le regard est brillant et douloureux ; sa tenue est négligée, elle est nu-tête, les cheveux ébouriffés ; elle déchire ses habits, marche les pieds nus. Insomnie.

Elle est en proie à des hallucinations de l'ouïe et de la vue, à des raptus mélancoliques caractérisés par des actes de violence envers les autres malades et le personnel infirmier.

Elle entend des personnes qu'on fait brûler vivantes à côté d'elle et elle s'étonne qu'on ne les voie et qu'on ne les entende pas comme elle. Elle voit et entend ses enfants, elle sait qu'ils sont dans l'Asile et elle ne peut pas les voir.

On trouve chez elle des idées de persécution qu'elle formule surtout envers le personnel infirmier :

« Pourquoi ne me faites-vous pas partir, qu'est-ce que je fais ici, vous ne devriez pas me garder?... »

Mars 1902. — Un mieux considérable se produit dans l'état mental ; la malade est beaucoup plus tranquille, l'anxiété et les idées tristes semblent avoir disparu ; elle est très contente de la visite de son mari et veut retourner avec lui.

Avril 1902. — Rechute, amaigrissement, sitiophobie, mauvais état général, œdème des membres inférieurs, othématome double qui se résorbe au bout d'un mois environ.

Septembre 1902. — Amélioration nouvelle qui dure à peine une vingtaine de jours et qui est détruite par une visite du mari.

L'hiver se passe dans un état à peu près stationnaire, durant lequel, à part le délire mélancolique, on observe chez M... des idées de persécution et des impulsions fréquentes.

M... est surtout obsédée par l'idée de partir, elle se cramponne aux portes, à toutes les personnes qui entrent et sortent ; elle s'évade même une fois.

Les visites de son mari la rendent toujours plus malade et en même temps plus désagréable.

Avril 1903. — Légère amélioration dont on profite pour demander la liberté à titre provisoire. Le jour du départ M... était troublée, elle se demandait ce qu'on lui voulait et où on voulait la faire aller.

De retour chez elle, elle subit une véritable transformation, elle reprend goût au travail, retrouve le sommeil et l'appétit, s'occupe de son ménage et de ses enfants. Une seule chose la tracasse, c'est un procès avec certains de ses parents.

Depuis bientôt quatre mois, cet état très satisfaisant s'est maintenu.

Observation III. — C..., Mathilde, âgée de trente-six ans, mariée, sans profession, entrée à l'Asile le 13 août 1902.

Comme antécédents héréditaires, a eu un oncle aliéné à la suite d'une grande frayeur.

Comme antécédents personnels on relève de grandes métrorragies qui l'affaiblissaient beaucoup ; elle a trois enfants en bonne santé, bien constitués : pas de maladie infectieuse à signaler, pas de fausses couches.

Le début de la maladie remonte à un mois environ. C... très

pieuse a été très affectée par des événements politiques auxquels son mari a pris part. Elle lisait beaucoup et elle s'est imaginé que de grands malheurs allaient fondre sur elle et sur sa famille, à cause de son mari qui faisait la guerre à la religion.

La foudre un jour est tombée à côté de sa demeure et elle a vu dans ce fait comme une punition divine.

Les symptômes présentés par la malade à son entrée sont ceux d'une mélancolie à forme agitante, avec plaintes, gémissements continuels, avec idées de perdition, de ruine et de damnation. Elle présente des hallucinations de l'ouïe, elle entend des voix lui disant qu'elle est réprouvée, qu'elle ira en enfer parce qu'elle a laissé faire son mari et qu'à cause d'elle les religieux sont expulsés.

En même temps, agitation extrême, insomnie, amaigrissement considérable, peau sèche et terreuse, langue saburrale, dents fuligineuses, température oscillant entre 37°8 et 38°6.

Refuse toute nourriture, alimentation forcée pendant un mois environ. Administration de sulfonal, d'extrait d'opium et de laxatifs.

Octobre 1902. — Amélioration ; l'agitation a disparu ainsi que les hallucinations pénibles : C... a pris de l'embonpoint, elle n'est plus aussi triste, ni terrifiée, elle parle et s'occupe quelque peu ; elle se promène même au dehors.

Décembre 1902. — Cette amélioration ne se poursuit pas, il semble même qu'elle rétrocède. C... tombe dans le découragement, le dégoût profond de toutes choses. Elle n'est pas agitée, elle mange toute seule en insistant toutefois, mais elle passe la plus grande partie du temps accroupie, la tête entre les mains sans bouger et sans proférer une parole. Lorsqu'on essaie de la secouer un peu, de la tirer de cet état, elle se contente de remuer douloureusement la tête et de répondre par ces seuls mots : « Je ne sais pas, je ne sais pas. »

Avril 1903. — Son mari et son frère viennent la voir, elle paraît s'intéresser au dernier et s'éveille même légèrement pour lui parler ; mais il n'en est pas de même pour son mari, dont la présence lui est plutôt pénible.

A leur départ, elle retombe dans l'abattement et l'inertie habituels.

L'état mental est donc resté stationnaire pendant près de cinq mois.

Mai 1903. — Nous avons conseillé au mari de reprendre sa

femme ; il y a consenti et, un mois environ après son départ, les nouvelles de C... étaient excellentes au point de vue mental et physique.

La réintégration dans le milieu familial avait produit le meilleur résultat.

Observation IV. — L... (Anna), âgée de trente ans, mariée, sans profession ; pas d'antécédents héréditaires connus.

Comme antécédents personnels, elle a toujours été très impressionnable, sujette aux frayeurs ; elle ressentait des douleurs dans le dos et avait même des idées noires à l'époque de ses règles.

Elle a un enfant âgé de quatre ans, et elle attribue la cause première de son affection actuelle à ce qu'elle a nourri ce dernier.

Les premiers symptômes bien nets remonteut à quatre mois et se sont manifestés par des céphalées, des bourdonnements d'oreille, des hallucinations. Elle entendait les voisins dire qu'elle était folle ; on avait préparé un cimetière, on avait tout arrangé pour l'enterrer vivante, etc.

En même temps, idées de jalousie envers son mari. Une nuit, sous l'empire de son délire, elle a frappé son mari d'un coup de hachoir, et c'est ce qui a nécessité son internement.

A son entrée, c'est-à-dire en octobre 1902, L... présente les troubles suivants.

Elle est déprimée, sa figure est rouge et congestionnée, elle se plaint de douleurs de tête et de pression frontale comme si elle était prise dans un étau ; toutes ses idées sont brouillées, elle ne sait plus d'où elle vient, où elle va. Angoisse précordiale.

Il lui semble que son cerveau ballotte dans l'intérieur du crâne. Elle a frappé son mari parce que quelque chose de plus fort qu'elle l'a poussée ; elle n'a pas pu résister à cette impulsion ; maintenant elle regrette bien cet acte.

Durant les premiers temps de son séjour à l'asile, L... passe la plus grande partie de la journée immobile, le regard fixe, comme abasourdie, hébétée par une multitude d'idées obsédantes. Il faut beaucoup insister pour la faire manger ; elle essaie à plusieurs reprises de se frapper la tête contre les murs. Aménorrhée.

Décembre 1902. — L'isolement, le calme, le traitement de l'asile ont été efficaces. L... est moins préoccupée, elle est plus

expansive, elle sourit même, parle avec émotion de son mari et de son enfant qu'elle voudrait voir le plus tôt possible.

Février 1903. — Le commencement d'amélioration mentionné s'est maintenu, mais ne s'est pas transformé en guérison définitive.

L... est obsédée par des idées tristes, elle ressent des maux de tête; quoique les idées délirantes aient disparu, il reste toujours de la dépression, un certain dégoût pour tout et des craintes exagérées pour son enfant et son mari. On la rend à son mari en mars 1902.

Nous avons eu de ses nouvelles deux mois après; elle-même a écrit, et d'après tous les renseignements elle est aujourd'hui guérie de son accès de mélancolie.

Il est à remarquer que les observations citées ci-dessus sont celles de mélancoliques délirantes et aiguës. De plus, ce sont toutes des mères de famille qui ont un mari et des enfants, des intérêts qui leur sont chers.

C'est là un facteur puissant de guérison qui a été constaté par un certain nombre d'observateurs; aussi, l'amélioration immédiate, amenée par la réintégration familiale, peut-elle être expliquée par la production d'un choc moral intense, d'une émotion extraordinaire, qui agissent fortement sur le cerveau de ces malades.

La vue des enfants, la certitude acquise par eux-mêmes qu'ils sont bien en vie et en bonne santé; la satisfaction, le contentement de se retrouver au milieu des leurs et dans un cercle qui leur a été familier, alors qu'ils croyaient en être pour toujours séparés, toutes ces diverses causes influent d'une façon notable et achèvent la guérison en partie obtenue par l'asile.

Lors même que les sorties prématurées ne pourraient s'appliquer qu'à cette classe particulière de mélancoliques dont nous avons donné l'observation, ce mode de traitement ne doit pas être dédaigné.

On accélère par là non seulement leur guérison, mais encore on les empêche souvent de verser dans la mélancolie chronique et de devenir ainsi des incurables.

Médecine légale

ACCOUCHEMENT DISSIMULÉ ET SIMULÉ

Par le Dr Georges WEHRLIN
Ex-chef de la clinique psychiatrique de l'Université
de Lausanne (Suisse),

Nous nous permettons de relater deux cas de psychiatrie légale (1), qui nous paraissent d'un certain intérêt. Il s'agit de deux femmes jugées à quelques années de distance par le même tribunal criminel : l'une accoucha clandestinement et se débarrassa de son enfant par un infanticide, et l'autre simula un accouchement avec une mise en scène théâtrale.

OBSERVATION I. — *Infanticide.*

SOMMAIRE. — Hérédité convergente. Crises nerveuses dans l'enfance ; rhumatisme articulaire ; chorée ; grossesse au cours de laquelle apparaissent des symptômes de mélancolie ; accouchement prématuré d'un enfant, qui n'est découvert que deux jours après, dans le lit de la mère, enveloppé dans un mouchoir de poche. Aquittement par le jury.

Voici en quelques mots les faits : le lundi 24 avril 1893, Julie X..., âgée de vingt et un ans, célibataire, demeurant dans un village du vignoble vaudois, a accou-

(1) C'est à l'obligeance de M. le Prof. Rabow que nous devons de pouvoir publier ces deux cas. Nous lui en exprimons nos remerciements sincères.

ché d'un enfant. Elle avait été seule à la maison pendant toute la journée ; après avoir senti les premiers maux à cinq heures du matin, elle a mis au monde l'enfant vers midi. L'accouchement terminé, elle a enveloppé le nouveau-né dans un mouchoir de poche et l'a mis dans le lit à côté d'elle, près de la paroi. Vers les 3 h. 1/2 son frère vint la voir. La trouvant malade et constatant beaucoup de sang sous le lit, il appela la sage-femme du village voisin, pensant que sa sœur avait eu de fortes pertes de sang. La sage-femme qui arriva vers les 7 heures crut se trouver en face d'un simple avortement. Mais vu la faiblesse de la malade, elle envoya chercher un médecin, qui n'arriva que le lendemain matin. Celui-ci déclara qu'un accouchement devait avoir eu lieu et demanda où se trouvait l'enfant. Julie X... ne répondit pas à cette question ; d'ailleurs, on avait grand'peine d'obtenir d'elle des réponses. Le mercredi seulement, elle fit savoir par signes où était le nouveau-né, qu'on trouva à côté d'elle dans le lit ; le cadavre était enveloppé dans un mouchoir et portait au cou des traces de violence.

Interrogée sur l'origine de ces lésions, Julie X... prétendit avoir empoigné l'enfant pour le tirer dehors au moment où il sortait de son corps ; c'est probablement alors qu'elle lui aurait fait des *égratignures*. Elle l'a vu respirer, mais elle ne sait pas quand, ni de quelle manière il est mort.

Elle affirma n'avoir jamais eu l'intention d'ôter la vie à son enfant ou de faire disparaître le cadavre. Seules la peur et la honte l'avaient empêchée de donner dès le début et de son propre chef toutes les explications qu'on lui demandait.

A la réquisition de la justice, il fut procédé à l'autopsie du cadavre.

Celle-ci eut lieu le 28 avril et les deux médecins experts consignèrent dans leur procès-verbal d'autopsie que le cadavre soumis à leur examen était celui d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, ayant certainement dépassé le sixième mois de la vie intra-utérine ; que cet enfant était né viable ; qu'il avait respiré ; qu'il présentait au cou des traces de violence produites par la main ; enfin que ces marques de violence suffisaient

pour expliquer la mort. En outre, les experts contestaient l'explication donnée par la mère sur la présence des traces d'ongles sur le cou de l'enfant; car, si la mère avait exercé des tractions sur le cou de l'enfant au moment où la tête se présentait à la vulve dans le but de faciliter l'accouchement, les empreintes unguéales auraient leur concavité tournées en haut, tandis qu'elles offraient une direction opposée.

Le fait que l'enfant avait respiré rendait également cette supposition peu vraisemblable. La pression exercée sur le cou de l'enfant, ayant déterminé des ecchymoses profondes, était suffisante pour empêcher le passage de l'air et causer la mort.

Le motif du crime est loin d'être clair. La fille X... avait toujours joui d'une bonne réputation; elle était fiancée; son prétendant savait qu'elle était enceinte et le mariage était déjà fixé pour le mois de mai. Vu le nombre considérable d'aliénés se trouvant parmi les parents les plus proches de Julie X..., la justice décida de soumettre cette personne prévenue d'infanticide à un examen médico-légal.

En conséquence elle fut conduite à l'asile de Cery le 10 juin 1893 et y fut observée jusqu'au 29 juillet de la même année.

Antécédents héréditaires. — Voici les renseignements que nous avons pu recueillir sur les antécédents héréditaires. Un ami de la famille de Julie X..., qu'on a interrogé, donne la réponse caractéristique suivante : « *La famille X... n'est pas très saine d'esprit. Ils sont tous dans cette famille plus ou moins toqués, les uns d'une manière, les autres d'une autre.* » Et vraiment, cet homme ne paraît pas avoir exagéré. La prédisposition héréditaire aux affections mentales est en effet très marquée dans la famille de Julie X...

Le *grand-père* a eu des accès de fièvre chaude.

Le *père* a, depuis plusieurs années, des crises de mélancolie d'une durée de deux ou trois mois.

La *tante* était épileptique ; sa *fille* était aliénée et se trouvait depuis longtemps internée à Cery (Démence complète).

Une autre *cousine germaine* était également aliénée et internée à Cery.

La *mère* a fait une tentative de suicide; après avoir été quelque temps triste et abattue, elle s'est un beau jour ouvert les veines.

Un *frère* a été deux ans malade et interné à l'asile de Cery.

Un autre *frère*, souffrant d'accès de mélancolie avec tendance au suicide, est incapable de travailler.

Un *frère* est alcoolique et brutal.

Une *sœur* fut soignée à l'asile de Cery, puis plus tard dans une autre maison de santé (Manie).

Une autre *sœur* est morte à l'âge de huit ans d'une méningite.

Antécédents personnels. — Les parents de Julie X... vivaient dans une certaine aisance à la campagne.

Ils eurent 6 enfants, dont Julie est la cadette. A l'âge de cinq ans, elle a perdu sa mère, qui en mourant l'a confiée aux soins de la fille aînée. D'après les renseignements fournis, Julie était un modèle de petite fille, d'une sagesse exemplaire, d'une docilité et d'une bonté remarquables; en grandissant, ses qualités se sont toujours plus développées.

Elle avait cependant un caractère très susceptible, car déjà à l'âge de cinq ans, on constata chez elle des crises nerveuses, causées par la moindre émotion. Après avoir souffert de rhumatisme articulaire à l'âge de huit ans, elle a été atteinte deux ans après de la danse de Saint-Guy (Chorée). Dès ce moment, son intelligence s'est un peu affaiblie; elle s'est trouvée arriérée dans sa classe.

Son instituteur disait qu'il ne fallait pas trop exiger d'elle, vu qu'elle était trop nerveuse et que cela pourrait la faire tomber malade. En même temps, on remarquait qu'elle n'était pas comme les autres enfants de son âge, étant trop sérieuse et causant fort peu. Jamais elle ne pensait à jouer et à se distraire comme ses camarades : elle se plaisait plutôt aux travaux de la maison, à soigner les animaux qu'elle affectionnait particulièrement, voulant en donner à ceux qui n'en possédaient pas.

C'est surtout la maladie mentale de sa sœur aînée, soignée à l'asile de Cery du 2 avril 1883 au 18 décembre 1883 (Manie), qui l'a beaucoup émotionnée et qui a le

plus agi sur sa sphère affective. Sa jeunesse ne fut pas plus gaie ni plus heureuse que son enfance. Car l'aînée sitôt guérie de son accès de manie quitta la maison paternelle et alla se placer à l'étranger, laissant à sa sœur Julie le soin et les soucis d'un grand ménage. Elle fut extrêmement laborieuse et accomplit sa tâche avec le plus grand dévouement. Cependant cette tâche était trop forte et devenait d'autant plus difficile que la maladie du père et de son frère qui souffrait « du noir » l'occupaient beaucoup. Le père était souvent agité et, pendant l'année 1892, Julie X... dut l'enfermer durant trois mois dans une chambre et le soigner toute seule. Presque en même temps, son frère, qui broyait du noir, menaçait à chaque instant de s'ôter la vie, tandis qu'un autre de ses frères, alcoolique, brutalisait la malheureuse fille quand il rentrait à la maison. C'est dans ce triste intérieur que s'est passée sa jeunesse. Elle n'avait pas de relations avec les gens du village, vivait presque seule, ne pensant qu'au travail et à faire son devoir de bonne ménagère.

A deux reprises cependant, cédant aux sollicitations de la jeunesse de son village, qui avait organisé des bals, elle prit part à ces distractions, où elle fit la connaissance de son fiancé actuel. Les assiduités de ce jeune homme ne la rendirent ni plus heureuse ni plus gaie. Au contraire on remarquait qu'elle causait encore moins et qu'elle devenait mélancolique. Souvent on devait lui répéter deux ou trois fois la même question pour obtenir une réponse.

Depuis le nouvel an 1893, Julie X... n'ayant plus eu ses règles s'est crue enceinte. Cela l'inquiéta et la préoccupa beaucoup. Dès lors sa tristesse et son désespoir vont en augmentant. Au mois de février, elle écrit à sa sœur : « *qu'elle ne comprenait pas ce qui lui était arrivé, que cela lui tombait dessus tout à coup ; parfois, il lui semblait que la maison allait lui tomber dessus, qu'elle était obligée d'en sortir ; une fois dehors, cela la quittait pour réapparaître peu de temps après* ».

Cependant le mariage fut fixé pour le mois de mai. Les parents de Julie n'étaient pas très satisfaits de cette union, qu'ils redoutaient à cause du grand nombre d'aliénés se trouvant des deux côtés, le père du fiancé

et ses deux sœurs ayant aussi séjourné longtemps à l'asile de Cery.

Vers la fin du mois de mars, la sœur de Julie vint lui rendre visite et trouva qu'elle était bien changée. Elle était plus nerveuse que d'habitude, pleurait facilement et avait des mouvements désordonnés des membres et du visage. Elle dormait très peu et présentait pendant son sommeil fréquemment des soubresauts de tout le corps. En outre, elle se plaignait de nombreux malaises ; mais sa sœur n'y attacha pas beaucoup d'importance, car elle supposait que tout cela provenait de ce que Julie était enceinte. Elle consola sa sœur et la soigna de son mieux ; ayant appris que Julie n'avait plus eu ses périodes depuis le nouvel an, elle croyait que la grossesse de sa sœur n'était pas avancée. Aussi, elle ne resta que peu de temps auprès de Julie ; à son départ, elle lui fit reprendre courage et obtint d'elle la promesse de ne pas attenter à ses jours, car Julie avait souvent parlé d'idées de suicide à sa sœur.

Ainsi que nous l'avons exposé plus haut, Julie X..., qui se portait assez bien le 23 avril, accoucha clandestinement d'un enfant le lendemain 24 avril. Nous avons vu également quelle a été sa conduite après l'accouchement qui motiva une enquête pénale. Comme elle avait perdu beaucoup de sang et qu'elle se trouvait dans un état de grande faiblesse physique, les autorités judiciaires permirent que Julie X... fût soignée à la maison. Parallèlement à sa faiblesse physique, sa mélancolie s'était accentuée de plus en plus. Sans parler ni répondre aux questions posées, Julie X... gémissait sans cesse et ne dormait presque plus. Elle voyait presque continuellement toutes espèces de bêtes, surtout vers le matin et lorsqu'elle fermait les yeux. En outre, elle souffrait d'hallucinations de l'ouïe, entendant des voix, comme si l'on chantait.

Petit à petit son état physique s'améliora et elle put être mise en observation à l'asile de Cery, où elle fut amenée le 10 juin 1893. A son arrivée à Cery, elle fit l'impression d'une personne ayant passé par une longue maladie : elle était pâle, faible, taciturne et déprimée. Aux questions qu'on lui posait, elle répondait à voix basse, mais d'une manière claire et juste. Au premier

abord, on ne pouvait pas constater de symptômes bien accusés d'une affection mentale.

Examen direct. — L'examen de Julie X... permit de faire les constatations suivantes : Julie X... est de taille moyenne, assez bien constituée, sans lésions physiques, ni difformités. Son crâne est petit, mais normalement conformé. Il n'y a pas de troubles des organes des sens. Son regard, ses gestes, son maintien général lui donnent un air un peu abattu et déprimé. Son humeur est toujours égale; cependant, elle est taciturne, mais docile et facile à diriger. Son jugement est faible et l'horizon de son intelligence bien restreint. Elle répond lentement et à voix basse. Les réponses sont en général justes, si on ne lui demande que des choses bien simples. Elle sait lire et écrire; toutefois l'orthographe est très défectueuse. Elle est très faible pour le calcul et a une difficulté énorme d'en faire les diverses opérations. Ses connaissances en géographie et en histoire sont également peu étendues : elle ne connait pas la capitale de la France ou de l'Italie; elle a vaguement entendu parler du major Davel, mais ne peut pas indiquer ce qu'il a fait et dans quel pays il a habité, bien qu'il s'agisse d'un héros de sa contrée, qui lui a élevé un monument. En revanche, elle connaît la valeur des différentes pièces de monnaie et le but des timbres-poste. Sa mémoire est assez bonne; elle se rappelle les événements remarquables des dernières années; toutefois, elle est incapable de se souvenir et de dire ce qui s'est passé au moment où elle a mis au monde son enfant. Elle aurait bien voulu qu'il vécût et sait qu'elle l'a caché, mais elle se défend d'avoir voulu faire disparaître le cadavre. Il est impossible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur ce point. Sa conduite à l'asile de Cery a toujours été parfaite sous tous les rapports. Elle causa très peu, s'occupa constamment, se montra sociable et participa à toutes les distractions des malades. Elle mangea de bon appétit et dormit bien. Depuis le 10 juin 1893 au 14 juillet 1893, elle a augmenté de 5 kilos. On ne constata pas d'idées délirantes, pas de troubles sensoriels, ni hallucinations, ni illusions. Pendant son séjour à Cery, Julie X... s'est toujours bien comportée et n'a jamais voulu passer pour folle.

Si l'on touchait à son passé, les larmes lui venaient aux yeux, et à toutes les questions s'y rapportant elle répondait la plupart du temps brièvement par un oui ou un non.

Discussion. — Après avoir observé et examiné Julie X... pendant un laps de temps suffisant, nous nous demandons : Julie X... est-elle atteinte d'une forme quelconque d'aliénation mentale? Est-elle réellement aliénée et incapable d'apprécier la conséquence et la moralité de ses actions? A ces questions, nous sommes obligés de donner une réponse absolument négative.

On constata, il est vrai, que, pendant son séjour à Cery, Julie X... était triste et abattue, mais cet état de dépression morale s'expliquait facilement, et était suffisamment motivé par les circonstances pénibles par lesquelles cette fille a passé. Si son jugement est faible et borné, Julie X... était encore assez intelligente pour ne pas passer pour une imbécile. Par contre la question devient plus difficile, si nous devons émettre notre opinion sur l'état mental de Julie X... au moment où elle a commis son crime. Avant tout, n'oublions pas de prendre en considération l'énorme prédisposition héréditaire aux affections mentales et nerveuses qui pèse sur sa famille. Cette fille est le fruit d'une souche malsaine. Il suffit qu'un choc léger, qu'une incitation minime vienne ébranler les régions émotives pour que la faiblesse native se révèle. Or, en bas âge déjà, Julie X... se distingue des autres enfants, dont elle ne connaît pas les plaisirs et les distractions.

Elle devient la victime de la danse de Saint-Guy, qui influença d'une manière fâcheuse sur son développement intellectuel et moral. Représentons-nous, en outre, le triste milieu où elle passa sa malheureuse existence : ce sont-là des causes plus que suffisantes pour ébranler le système nerveux et avoir une action

préjudiciable sur la santé de l'esprit même chez des personnes normales. Survient la grossesse, dont les circonstances pénibles contribuent à aggraver la situation. Les parents n'en ont pas connaissance. Julie se gêne d'avouer qu'elle est enceinte et elle craint la brutalité de ses frères. Elle commence à avoir du noir et son mal va en augmentant. Il n'y a là-dessus aucun doute, car vers la seconde moitié de sa grossesse, Julie X... est déjà atteinte de *mélancolie*. Cette affection s'aggrave et se complique après l'accouchement de troubles sensoriels. On a constaté des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il est donc incontestable que Julie X... a présenté, avant et après l'accouchement, les symptômes d'une véritable affection mentale, que l'on désigne sous le nom de *mélancolie*. Or, c'est précisément dans le temps intervallaire qu'elle a commis le crime, qu'elle n'a du reste jamais cherché à nier. Ce crime, cependant, est bien étrange et le motif de l'infanticide peu clair et difficile à comprendre : la mère n'était pas dans la misère ni abandonnée par son amant ; au contraire, puisque le mariage devait avoir lieu sous peu. En outre, Julie X... assure qu'elle aurait mieux aimé que son enfant vécût, et en affirmant cela, elle fait l'impression d'une femme qui dit la vérité.

Enfin, si nous prenons en considération combien de femmes en couches présentent des troubles mentaux et commettent des actes délictueux, nous sommes d'autant plus obligés d'admettre que Julie X..., sous le coup d'une hérédité extraordinaire et d'une mélancolie bien accentuée, effrayée par la venue des douleurs et atterrée par la vue d'un enfant, a eu l'esprit égaré : sa main a probablement fait ce que désavouait son cœur.

En conséquence, l'expertise concluait comme suit :

1° La fille X... n'est actuellement pas atteinte d'une maladie ou d'une infirmité qui la met hors d'état

d'apprécier les conséquences et la moralité de ses actions ;

2° Au moment où elle a commis son crime, elle était selon toute probabilité en proie à un égarement momentané qui lui enlevait le libre exercice de ses facultés affectives et intellectuelles.

Quelques semaines après sa sortie de l'asile de Cery, Julie X... comparaissait devant le Tribunal criminel du district de ***.

Tout ce que nous avons appris, c'est que le jury rendit un verdict d'acquittement.

Observation II. — *Délit de faux de l'état civil.*

Sommaire. — Hérédité névropathique. Crises hystériques. Accouchement simulé : déclaration à l'état civil d'un enfant nouveau-né, que la soi-disant mère s'était habilement procuré. Hystérique déclarée responsable; reconnue telle par le jury; condamnation à un an de prison.

L'exposé des faits est résumé comme suit : le samedi 14 août 1897, Julie F.., âgée de vingt-six ans, habitant dans un village du Jorat, était descendue à Lausanne. Elle rentrait à la maison dans la soirée fort tard, en portant dans ses bras un enfant nouveau-né, dont elle disait avoir accouché sur la route près d'un bois, en revenant de Lausanne.

En arrivant chez ses parents, elle s'était immédiatement mise au lit et avait même fait venir une sage-femme pour la charger de déclarer la naissance de son enfant. Celui-ci fut inscrit sous son nom chez l'officier d'état civil. Julie F... prétendait que cet enfant était le fruit de ses relations avec une personne notable de la contrée et cela dans le but très probable de forcer celle-ci à l'épouser.

A la suite d'une enquête judiciaire, on reconnut bientôt que Julie F... s'était habilement procuré un enfant nouveau-né de la façon suivante : elle avait connu à la Maternité de Lausanne, où elle avait été rendre visite à des connaissances, une paysanne qui y avait accouché de deux jumeaux le 4 août 1897. Comme cette

paysanne prenait, le 14 août 1897, le train à la gare de Lausanne pour se rendre dans son village, Julie F..., qui avait appris que cette femme retournait chez elle, vint la trouver à la gare quelques instants avant le départ du train et réussit enfin à la décider de lui remettre un de ses enfants.

Le retour de cette paysanne avait été annoncé aux autorités communales de son village, qui avaient délégué un membre de la municipalité pour aller attendre leur ressortissante avec ses bébés à la gare voisine.

Aussi ce délégué fut fort étonné de ne pas trouver sa ressortissante en possession de ses deux enfants. Les explications embarrassées de la mère, qui ne put pas donner des renseignements exacts sur le sort de son enfant, car elle ignorait où demeurait et comment s'appelait la personne à laquelle elle l'avait remis, amenèrent la justice à rechercher ce qu'il était devenu.

Après bien des recherches, on parvint à découvrir que Julie F... avait fait inscrire sous son nom l'enfant que cette paysanne lui avait confié à la gare de Lausanne. Cependant, Julie F... persistait toujours à affirmer être la mère de cet enfant, bien qu'un médecin-expert ait déclaré d'une façon catégorique qu'elle n'avait pas eu de grossesse, ni d'accouchement. Ayant présenté à plusieurs reprises des crises convulsives et comme elle maintenait avec instance ses allégations, le juge d'instruction du canton de Vaud décida de la faire mettre en observation à l'asile de Cery, où elle fut conduite le 23 octobre 1897.

Antécédents. — Au point de vue héréditaire, un frère de sa mère doit avoir eu des crises épileptiques, dont il est mort. Mais nous n'avons pas de renseignements précis sur ses parents; toutefois, Julie F... est issue d'une famille névropathique.

Elle fut élevée à la campagne, où elle suivit régulièrement l'école jusqu'à l'âge de quinze ans et aurait été une bonne élève, selon ses propres déclarations. Elle quitta l'école pour faire un apprentissage de couturière; mais, à dix-neuf ans déjà, elle allait en place comme sommelière dans une petite ville du canton de Vaud. En 1890, elle aurait eu des crises nerveuses, ayant été vivement émotionnée en tombant d'un train et en voyant

(huit jours plus tard) une personne écrasée par un char.

Elle se porta bien jusqu'en 1894, où, se trouvant à Heidelberg (Allemagne), en qualité de femme de chambre, elle eut de nouveau des crises nerveuses, à la suite d'une nouvelle frayeur ressentie en lavant des fenêtres au second étage d'une maison : elle avait eu peur de tomber dans le vide! Aussi, fut-elle obligée de rentrer au logis paternel. Dès lors, sa santé fut satisfaisante jusqu'au 19 ou 20 août 1897 (soit quelques jours après son soi-disant accouchement), où elle doit avoir présenté de fréquentes crises convulsives. Le 10 octobre 1897, elle eut de nouveau une violente crise, pendant l'examen d'un médecin, qui demanda son admission à l'asile de Cery pour y être mise en observation. Elle fut arrêtée le 23 octobre et conduite à l'asile de Cery. Durant le voyage, Julie F... a eu aussi plusieurs crises convulsives feintes ou réelles. A son arrivée à l'asile, elle ne voulut ou ne put pas marcher.

Examen direct (octobre 1897). Jeune fille de taille moyenne : 1m58. Bonne constitution; pannicule adipeux peu développé. Le poids est de 51 kil. 6. Le crâne est régulier; la figure pâle; la conjonctive palpébrale est anémiée; les lèvres sont décolorées. Les traits du visage sont fins et réguliers; les yeux enfoncés; les pupilles réagissent bien; le regard est sournois.

La physionomie est assez sympathique. Le palais est normal, la dentition bonne. Sensibilité générale normale. Les réflexes patellaires sont exagérés. Les seins ne donnent pas de lait à la presison. Pas de vergetures de grossesse. Rien à signaler aux différents organes du thorax et de l'abdomen, sinon que Julie F... se plaint de ressentir souvent des douleurs à la région de l'estomac. Elle présente, en outre, des signes évidents d'hystérie : clou et globe hystériques, ovarialgie, etc.

Actuellement, la motilité est parfaite; et si Julie F... ne pouvait pas marcher lors de son arrivée à l'asile, elle nous explique cela en disant : « La paume de la jambe me faisait mal! » Le sommeil est bon. Elle a parfois rejeté un liquide légèrement coloré d'un peu de sang, sans qu'on ait pu en connaître la cause.

Au point de vue mental, Julie F... ne présente pas

de troubles psychiques manifestes. Elle n'a ni hallucinations, ni illusions. Son intelligence est bonne; elle lit très couramment et écrit d'une façon correcte ; la mémoire est excellente. Son caractère par contre est difficile à bien connaître, car Julie F... est réservée et circonspecte dans ses réponses. Toutefois, elle n'a pas un grand amour de la vérité; aussi est-elle entêtée et opiniâtre dans ses allégations mensongères. Mais, nous le répétons, nous n'avons jamais constaté chez elle des troubles d'aliénation mentale proprement dite.

En conséquence, il nous semble inutile d'insister sur le résultat négatif de notre examen.

Il est vrai que Julie F... est une hystérique, mais elle est en état d'apprécier la moralité de ses actions. Car, depuis son entrée à l'asile, sa conduite a toujours été correcte et n'a jamais offert les moindres symptômes d'aliénation mentale proprement dite. Nous trouvons seulement des troubles évidents dans sa manière d'exposer les faits concernant son soi-disant accouchement et son enfant. Si on lui démontre l'impossibilité de la véracité de ses allégations, elle persiste avec ténacité dans ses explications au moins singulières. Cela s'explique facilement, car elle a d'une part le plus grand intérêt à cacher la vérité pour ne pas être punie; d'autre part, si elle ne présente ni crises, ni troubles psychiques, c'est afin de ne pas passer pour aliénée, étant assez intelligente pour éviter un séjour prolongé dans une maison de santé.

Aussi l'expertise concluait ainsi, en réponse aux deux questions posées par le juge d'instruction :

1° Julie F... n'est pas dans un état de démence ou atteinte d'une maladie ou d'une infirmité qui la mette hors d'état d'apprécier les conséquences et la moralité de ses actions;

2° Elle n'était pas dans un semblable état lorsqu'elle a commis le délit pour lequel elle est poursuivie.

Julie F... resta en observation à Cery jusqu'au 17 décembre 1897. Ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, cette jeune fille présentait des symptômes évidents d'hystérie et souffrait en outre d'une anémie considérable, pour laquelle elle fut traitée avec assez de succès. Lors de son entrée à Cery, son poids était de 51 kil. 6 et descendit même jusqu'à 48 kilogrammes ;

mais lors de sa sortie, sa santé physique était excellente et Julie F... pesait alors 53 kil. 2. Signalons, en outre, que le 28 octobre, les périodes ont été constatées.

Plusieurs fois, elle se contredisait dans ses réponses ou revenait sur ses déclarations. Elle écrivait à ses parents des lettres dont le contenu était exagéré ou mensonger. Ainsi elle écrivait déjà le 27 octobre à ses parents :

« Je me trouve aujourd'hui un peu mieux; je crois que je n'ai plus de crises; on ne me l'a pas dit, mais une malade qui est de notre village et ma voisine de lit m'a dit que non. J'ai craché un peu de sang ces derniers jours; c'était quelque chose qui me venait sur le cœur, comme d'habitude, mais maintenant ça va mieux; si seulement j'étais guérie de ces crises pour la vie. Quand je suis arrivée ici, je ne pouvais croire à mes yeux; il me semblait que c'était un poignard qui me traversait tout entière; les jours me paraissent bien longs et bien sombres, surtout quand je pense où je me vois, sans motif. Enfin, je compte que Dieu me garde ici. Je pense sans cesse à mon pauvre petit. Mon avocat n'est pas encore venu. Je suis bien inquiète, car j'espère bien qu'on ne pourra pas déclarer que je suis folle, lors même que l'on m'a mise à Cery. Apportez-moi un chapeau avec de la garniture ; je le garnirai moi-même. Apportez-moi aussi du gâteau! » Dans une autre lettre, elle revient sur son vif désir que ses parents lui envoient un chapeau et du gâteau. Elle y traite les médecins de malfaiteurs et critique vertement l'asile : « On n'y est pas à la noce ici; c'est un genre de vie assez brutal. » A la fin de la lettre, elle ajoute cette recommandation : « Prière de ne pas mettre cette lettre dans la corbeille à papier ! »

Nous devons dire cependant que le 29 novembre, Julie F... aurait eu une crise nerveuse vers les 4 heures du matin : à la visite du matin, elle prétendit ne pas pouvoir répondre et feignit d'être confuse. Sitôt que les médecins eurent quitté la chambre où se trouvait Julie F..., celle-ci se mettait à causer très clairement et sensément avec les autres malades. Vers la fin de son séjour, elle s'occupa activement à des travaux de couture.

Quand elle nous quitta, elle n'était pas très contente d'apprendre qu'elle ne pouvait pas rentrer chez ses parents, mais qu'elle devait être conduite en prison préventive.

A son arrivée à la prison de X..., elle a eu une crise feinte ou réelle!

Traduite pour délit de faux de l'état civil, Julie F... comparaissait devant le tribunal criminel du district de ··· les 30 et 31 décembre 1897. Là, elle eut une attitude un peu déprimée, mais elle répondit avec fermeté et soutint énergiquement qu'elle avait accouché d'un enfant.

La défense n'admit pas les conclusions de l'expertise et plaida l'irresponsabilité complète. Néanmoins, le jury rendit un verdict conforme aux conclusions de l'expertise, tout en accordant à Julie F... *des circonstances atténuantes* à cause de son affection nerveuse. En suite de ce verdict, la Cour condamna Julie F... à un an de prison.

Nous avons appris qu'au pénitencier, Julie F... aurait avoué une fois avoir joué la comédie; mais, invitée à consigner cet aveu par écrit, elle s'y refusa et se rétracta de nouveau.

Cette observation nous montre que le public et bien souvent les médecins eux-mêmes ont tort de dire que les aliénistes voient des fous dans chaque personne coupable d'un délit qui est soumis à leur examen.

On voit, en outre, que chaque cas médico-légal où l'hystérie est en jeu doit être individualisé et étudié avec le plus grand soin, pour pouvoir déclarer qu'une personne souffrant de cette névrose est responsable ou non.

Aussi on ne peut que souscrire aux paroles suivantes de Legrand du Saulle : « *Ce serait une fâcheuse erreur médico-légale, préjudiciable à la fois aux intérêts sacrés de la société et à la considération médicale, que de déclarer, de parti pris, cette hystérique irresponsable, par cela seul qu'elle présente, à certaines heures, les*

symptômes les plus accusés, somatiques et psychiques, de la névrose.

« *Non seulement donc toute hystérique n'est pas, parce qu'hystérique, nécessairement irresponsable, mais une même malade peut encore, suivant les heures, jouir de la responsabilité à peu près entière ou de l'irresponsabilité la plus absolue* (1). »

Le cas de Julie F... nous rappelle l'histoire de Mlle Z..., hystérique avérée, qui séjourna fort longtemps à l'asile de Cery et fut une malade désagréable et peu commode. La cause de son admission à l'asile de Cery était en quelques mots le fait suivant : elle était allée un beau jour se dénoncer à la police comme ayant tué son enfant, qu'elle devait ensuite avoir enterré dans un endroit qu'elle désignait avec beaucoup de précision. Malgré les recherches, on ne trouva pas le cadavre de l'enfant. Traduite devant le tribunal, elle donna tous les détails les plus circonstanciés sur la naissance de son enfant, sur la façon dont elle s'en était débarrassée, etc... Tout parut exact et vraisemblable. Au moment où le médecin expert lui adressa quelques questions, qui ne lui plaisaient pas, elle se fâcha, insulta le médecin, fit quelques allusions à la vie antérieure de ce praticien et dit entre autres en s'adressant au tribunal : « *Imbéciles que vous êtes tous! Je n'ai jamais eu d'enfant!* » On l'examina et on trouva, en effet, qu'elle était encore vierge! Cette personne, qui fut pendant de longues années la terreur et la frayeur de tout le personnel de l'asile de Cery, à cause de ses voies de fait et de ses nombreuses évasions, mène depuis plusieurs années une vie calme et pieuse dans une de nos grandes villes; on la voit chaque dimanche, le livre de prières à la main, se diriger vers l'église. Il y a peu de temps, un médecin de

(1) Legrand Du Saulle. *Les hystériques*. Paris 1883, p. 487.

l'asile a reçu une lettre de cette femme hystérique avec la demande de lui envoyer un étudiant en médecine pour l'hypnotiser! Peu après nous avons appris que cette personne a convolé en justes noces.

Ce cas nous fournit également, comme le précédent, une contribution significative à la valeur des dénonciations et accusations des hystériques, qui parviennent parfois à égarer et tromper la justice par suite de leurs allégations vraisemblables et admissibles.

Comme nous l'avons déjà dit, l'appréciation du degré de responsabilité des hystériques sera toujours pour le médecin expert une tâche difficile, exigeant dans chaque cas une observation minutieuse et délicate.

Statistique.

L'ALIÉNATION MENTALE EN GRÈCE

ÉTUDE STATISTIQUE

Par le Dr Michel YANNIRIS
Médecin directeur de l'asile Dromocaïtion, à Athènes.

Le type de l'aliénation mentale est sans doute dans tous les pays le même ; on peut cependant observer plusieurs différences quant à la proportion des aliénés et à la fréquence des diverses formes des maladies mentales. Les dégénérés, les paralytiques généraux, etc., sont certainement dans tous les pays les mêmes ; néanmoins la proportion entre ces différentes formes varie beaucoup : c'est ce qui rend les études statistiques bien intéressantes, parce qu'on étudie comment naît l'aliénation mentale, dans quelles conditions et sous quelles influences, qui ne sont pas certainement partout semblables et du même nombre. Il est bien connu par exemple que dans les pays non civilisés ne se rencontrent que les formes élémentaires de l'aliénation mentale : la manie, la mélancolie, et quelques manifestations dégénératives ; tandis que dans les pays civilisés et les grands centres de population la manie devient rare, et l'on voit augmenter au contraire la paralysie générale ainsi que les manifestations dégénératives.

Il est indiscutable que la civilisation non seulement a modifié l'ancien état élémentaire de l'aliénation mentale, mais qu'elle a augmenté encore les cas de folies et engendré des types nouveaux. Cela est démontré par les études statistiques des divers pays, dans la plupart desquelles la folie augmente et se multiplie.

En Grèce, aucun travail n'a été fait sur ce sujet. On pourrait croire de prime abord, attendu que la Grèce suit de près la civilisation européenne et que les Grecs sont par excellence une race nerveuse, qu'on y trouverait la même proportion d'aliénés; néanmoins la proportion des aliénés chez nous est en réalité beaucoup plus inférieure que dans les autres pays.

Notre distingué confrère M. Tsirigotis (1), en se basant sur les pensionnaires d'aujourd'hui de la maison d'aliénés de Corfou, sur ceux de l'hospice d'Athènes et sur d'autres renseignements, pense qu'en Grèce la proportion générale est 1 sur 1.000 habitants. Ce calcul ne paraît pas être loin de la vérité. Sans doute le nombre des aliénés (400) qui se trouvent aujourd'hui dans nos deux maisons d'aliénés, ne peut pas indiquer la proportion à la population générale; cependant les renseignements particuliers sur lesquels il s'appuie nous persuadent que les aliénés en Grèce ne sont pas ni beaucoup moins de 2.000 à 2.500 sur toute la population (2.500.000) ni beaucoup plus que ce nombre. En tout cas, la folie en Grèce est moins fréquente que dans d'autres pays de l'Europe.

Examinons à quoi peut tenir cette différence en Grèce.

La cause doit être recherchée certainement dans l'étiologie des maladies mentales. Il est bien connu que le principal facteur de l'aliénation mentale est l'hérédité;

(1) Statistique de l'asile Dromacaition, 1897.

mais il est aussi indiscutable qu'il existe des agents spéciaux et des causes déterminantes. Les boissons alcooliques par exemple peuvent provoquer un délire spécial ; d'autres intoxications, d'autres délire spéciaux ; la syphilis provoque la paralysie générale progressive, etc. Or l'importance de l'hérédité n'est que relative ; nous ne pouvons donc prétendre d'une manière absolue que dans tel pays la proportion des aliénés soit grande ou petite, parce que grand ou petit est le nombre des prédisposés par raison d'hérédité. Les conditions de vie dans lesquelles vivent les populations peuvent aussi influencer beaucoup le développement des maladies mentales.

Il est généralement connu que les populations rurales, qui mènent une existence tranquille, sans fatigues exagérées et dans des conditions hygiéniques relativement bonnes, offrent le plus petit nombre d'aliénés ; et encore la plupart de ceux-ci ne deviennent aliénés qu'à la suite de l'hérédité et de la prédisposition. Chez ces populations les influences extérieures et les causes spéciales qui provoquent la folie sont rarement observées ; tandis que les habitants des grandes villes qui mènent une existence très agitée, exposés au surmenage intellectuel, aux abus de toute sorte, à l'alcoolisme et à la syphilis, offrent le plus grand nombre d'aliénés. Toutes les différences qui sont observées relativement à la proportion générale et à la fréquence des divers types morbides, sont dues évidemment aux conditions de vie.

En Grèce, la plus grande partie de la population mène une existence tranquille et dans de bonnes conditions hygiéniques, — attendu que la misère n'est pas le fléau de notre pays ; — l'autre partie, qui appartient aux villes du royaume, ne souffre pas beaucoup de la lutte sociale.

Chez nous, ceux qui mènent une existence agitée et ceux qui s'exposent aux abus ne constituent qu'une faible minorité. Sous ces conditions, il est bien évident que la proportion des aliénés sera chez nous beaucoup plus inférieure, au moins à l'heure actuelle, en comparaison d'autres pays. Nous ne pouvons pas dire cependant que cette infériorité restera stationnaire ; nous pourrions plutôt dire que la folie augmente aussi chez nous de fréquence.

Le mouvement de l'aliénation mentale dans notre service indique un accroissement progressif, ainsi qu'on peut le voir par l'examen du tableau suivant :

Mouvement de l'aliénation mentale à l'asile Dromocaïtion.

ANNÉES	MALADES ADMIS dans le courant de l'année.			GUÉRIS	AMÉLIORÉS	DÉCÉDÉS	SORTIS sans changement.	TOTAL des sorties.
	Hommes.	Femmes.	Total.					
1887-1888. .	68	17	85	15	2	9	15	41
1889. . . .	56	13	69	10	8	8	16	42
1890. . . .	46	12	58	15	10	15	11	51
1891. . . .	59	17	76	12	2	11	33	58
1892. . . .	50	20	70	14	12	10	14	50
1893. . . .	45	8	53	7	20	16	24	67
1894. . . .	38	23	61	7	10	12	40	68
1895. . . .	57	19	76	13	2	14	38	67
1896. . . .	58	21	79	12	10	9	32	63
1897. . . .	66	21	87	15	11	24	40	90
1898. . . .	72	22	94	20	3	14	31	68
1899. . . .	71	23	94	19	8	22	40	99
1900. . . .	95	26	121	20	14	26	27	87
1901. . . .	84	29	113	23	9	13	51	102
	865	271	1.136	202	121	203	410	936

Le nombre des entrées à l'asile de Corfou est presque le même pendant les quinze dernières années (40 à 50 par an, total des malades 731).

Mais je crois que de notre tableau seul il ne résulte pas un accroissement de cas de folie en Grèce, parce que le nombre de malades n'est pas grand, et d'autre part en Grèce on n'était pas habitué à enfermer les aliénés dans des maisons de santé. C'est seulement depuis la fondation de notre asile que l'on a commencé à comprendre le besoin de l'isolement des fous dans des maisons spéciales : par conséquent, on ne peut pas se baser sur le tableau ci-dessus pour dire qu'il y a plus d'aliénés aujourd'hui qu'autrefois. Mais tous les médecins sont d'accord avec moi que la folie multiplie le nombre de ses victimes, surtout dans les grandes villes du royaume. Le nombre relativement grand de nos paralytiques généraux que nous allons observer en est une preuve, puisque l'accroissement de l'aliénation mentale est dû partout à la paralysie générale principalement ou à l'alcoolisme.

Après les observations ci-dessus sur l'aliénation mentale en général, examinons maintenant quelles formes cliniques se rencontrent le plus fréquemment en Grèce.

Pour parvenir à ce but il faudrait analyser les tableaux statistiques de deux asiles d'aliénés que nous possédons ; mais le médecin directeur de l'asile de Corfou, M. Scarpas, partisan de l'école allemande, suit une classification différente, et nous n'en emprunterons que les cas seulement de paralysie générale, laquelle s'observe plus fréquemment à notre asile. Nous nous bornerons donc nécessairement sur les données et le nombre de malades entrés dans notre asile, le seul asile en Grèce qui mérite le nom de maison de santé et qui soit établie à de bonnes conditions scientifiques.

Fondé vers 1886 dans le territoire de l'Attique, grâce au patriotisme et aux sentiments de bienfaisance de M. Dromocaïtis, cet asile ouvrit ses portes aux malheu-

reux malades en octobre 1887 sans ressources suffisantes ; mais dirigé dès lors par le Dr Tsirigotis, il prit rapidement son essor et s'est agrandi en pavillons et en importance et, aujourd'hui, il renferme 185 malades des deux sexes, dont les deux tiers sont pensionnaires et les autres indigents.

L'asile « Dromocaïtion » est une maison privée, mais il fait toutefois fonctions d'asile national, parce que ses pensionnaires proviennent de toutes les classes sociales de tous les départements de la Grèce, sans en exempter les provinces grecques de la Turquie. Les admissions, ainsi que la surveillance de l'asile, se font d'après la loi française de 1838, qui est en vigueur encore chez nous.

Le tableau, inséré plus haut, donne le mouvement de l'aliénation mentale à l'asile « Dromocaïtion » depuis sa fondation. De ce tableau, il résulte que, du 1er octobre 1887 jusqu'au 1er janvier 1902, ont été admis 1.136 aliénés à notre clinique, dont 865 hommes et 271 femmes, ce qui prouve que la folie fait beaucoup plus de victimes chez nous dans le sexe masculin. Il faut en chercher la cause et l'explication dans le genre de la vie que mène la femme en Grèce. Sa vie est sobre et sans beaucoup de préoccupations; elle n'est pas assujettie au surmenage et aux excès, ni à la concurrence de l'existence. La rareté de la paralysie générale chez la femme en Grèce, et l'absence de l'alcoolisme suffisent pour justifier notre opinion.

Le tableau suivant est surtout remarquable et plus intéressant : il indique la fréquence relative des divers types nosologiques de tous nos malades et de la tendance des deux sexes aux diverses formes cliniques, fréquence qui peut être appliquée à toute la population du royaume. Comme les aliénés traités dans l'asile « Dromocaïtion » proviennent de toutes les classes de la

société, nous pouvons par conséquent attribuer à nos chiffres une valeur générale.

Fréquence relative des divers types morbides.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Dégénérescence mentale (idiotie, imbécillité, folie des dégénérés).	419	158	577
Paralysie générale.	215	10	225
Mélancolie	75	48	123
Délire chronique (Magnan) . . .	18	7	25
Délire systématisé aigu	19	14	33
Folie intermittente.	16	12	28
Affaiblissement intellectuel (lésions en foyer, démence sénile).	9	0	9
Manie franche.	3	3	6
Alcoolisme (aigu, subaiguë, chronique)	33	1	34
Folie épileptique.	16	2	18
Folie hystérique.	0	8	8
Délire aigu.	1	0	1
Morphinisme et cocaïnisme . . .	1	0	1
Démence secondaire	36	8	44
Diagnostic douteux	4	0	4
Total.	865	271	1.136

Quand on examine mon tableau, ce qui frappe tout d'abord c'est le grand nombre des dégénérés et des paralytiques généraux et, au contraire, le petit nombre de cas de manie et relativement de folie alcoolique. Pour ces types morbides nous allons faire quelques observations et donner quelques explications, particulièrement sur la paralysie générale et sur l'alcoolisme, questions qui sont toujours à l'ordre du jour.

Manie aiguë simple. — Les cas de manie simple sont extrêmement rares dans notre statistique, 6 cas sur un total de 1.136 malades. Cette rareté est due à la cause suivante. Tous les états maniaques dans lesquels prédominent des idées religieuses, ambitieuses ou des idées de persécution, etc., — dont les antécédents démontraient une déséquilibration intellectuelle, — sont

rangés par nous dans le groupe des dégénérés par plusieurs raisons que les limites de la présente étude ne me permettent pas d'exposer ici.

Folie des dégénérés. — La folie des dégénérés compte le plus grand nombre de malades, 587 cas, dont 3 idiots, 7 imbéciles ; tous les autres appartiennent aux deux autres classes, celles des débiles et des dégénérés supérieurs. Parmi les cas des deux dernières classes, j'ai constaté la prédominance des délires multiples ; ensuite viennent les délires systématisés dégénératifs ; les obsessions isolées ont été rarement observées.

Comme le chiffre très élevé des dégénérés pourrait faire supposer que nous étendons trop les limites de la dégénérescence, il est nécessaire de nous expliquer en quelques mots. Dans le groupe des dégénérés nous rangeons non seulement les idiots, les imbéciles, les débiles et les obsédants, mais aussi les délirants, les ambitieux, les mystiques, les persécutés, etc., qui, dès leur enfance, présentent une anomalie dans leurs facultés intellectuelles ou morales, comme le savant confrère M. Magnan l'a écrit.

Plusieurs aliénistes pourraient ranger quelques états maniaques de nos cas dans la manie aiguë, mais le nombre de ces cas est petit et il ne diminue pas l'énorme chiffre de nos dégénérés. Le grand nombre des manifestations dégénératives en Grèce est dû à plusieurs causes, principalement à l'hérédité, à la disposition hérédo-dégénérative qui est la cause prépondérante en général de l'éclosion de la folie.

Paralysie générale.— Sur 1.136 aliénés de notre asile, 225 étaient paralytiques généraux, dont 215 hommes et 10 femmes ; sur 731 aliénés de l'asile de Corfou 71 étaient atteints de paralysie générale, dont 3 femmes seulement. La proportion donc sur le total de nos malades est 19,80 p. 100, et sur celui de Corfou 9,70 p. 100. Le

total des malades de deux asiles réunis donnent la proportion 15,80 p. 100.

La proportion dans notre asile est plus du double que celle de Corfou, parce que dans le nôtre entrent plusieurs des malades de la classe élevée chez laquelle s'observe plus fréquemment la paralysie générale ; tandis que dans celui de Corfou on enferme plutôt les malades des classes inférieures.

La rareté de la paralysie générale chez la femme en Grèce est remarquable et doit être attribuée certainement à l'absence des facteurs étiologiques de la maladie, c'est-à-dire de la syphilis, de l'alcoolisme et du surmenage intellectuel.

La maladie en question a attiré mon attention depuis longtemps et fait le sujet d'un long travail, que j'ai publié dernièrement en grec, au point de vue clinique et étiologique.

La forme clinique prédominante a été la forme ambitieuse avec excitation maniaque plus ou moins furieuse ; les déprimés et les déments apathiques ont été rarement observés.

Nos recherches se sont portées surtout sur l'étiologie de la maladie, question encore pendante, qui demande sa solution à la statistique.

Je ne suis ni parmi ceux qui soutiennent que toute paralysie générale reconnaît pour cause la syphilis, ni parmi ceux qui croient que la syphilis n'est pour rien dans la maladie en question. Sur 150 cas que j'ai observés moi-même depuis que j'exerce les fonctions de médecin sous-directeur de l'asile Dromocaïtion, j'ai constaté que 95 étaient syphilitiques sûrement, 20 étaient syphilitiques probablement, 35 étaient non syphilitiques.

J'ai trouvé en même temps avec la syphilis parmi les 95 cas :

Sur 26, l'hérédité ou la prédisposition, et souvent

les abus de toute sorte, surtout les abus alcooliques.

Sur 14, le surmenage intellectuel, et souvent les abus sexuels.

Dans les autres 35 cas, nous avons reconnu comme cause : sur 12, l'hérédité seulement ; sur 6, l'alcoolisme seulement ; sur 8, l'hérédité et le surmenage intellectuel et les abus alcooliques.

Or, dans nos cas, la cause principale paraît être la syphilis; puis viennent l'hérédité, le surmenage et en dernier lieu l'alcoolisme.

Folie alcoolique. — La folie alcoolique aiguë ou chronique compte 34 cas sur un total de 1136 aliénés, nombre relativement petit en comparaison avec d'autres pays.

Quoique la consommation des boissons alcooliques en Grèce aille en progressant (puisque, jusqu'en 1885, elle s'élevait totalement à 1,000,000 d'ocques, et ces dernières années monta à 4,000,000 d'ocques par an), les statistiques de nos asiles ne démontrent pas un accroissement progressif de l'alcoolisme.

Il est vrai qu'en ville, comme d'autres confrères le constatent, se rencontrent un grand nombre de cas d'alcoolisme dans lesquels l'état du malade n'exige pas souvent l'entrée à l'asile des aliénés, parce que la bonne qualité des boissons alcooliques ne donne pas, selon moi, une acuité tumultueuse aux manifestations alcooliques.

Cependant les victimes de l'alcoolisme chez nous ne sont pas en proportion avec la consommation toujours croissante. Cela doit être attribué, comme je viens de le dire, à la bonne qualité des boissons alcooliques.

En Europe, on fait usage de boissons toxiques et composées, qui sont faites d'alcool provenant des substances amylacées et autre alcools amyliques ; par conséquent ces boissons contiennent des alcools très toxiques. Tandis que, en Grèce, les boissons proviennent

presque en totalité de raisins, de marc de raisins, ou de raisins secs, dont les alcools sont beaucoup moins toxiques.

Guérisons.

De 1887 à 1902 sont sortis 202 malades guéris et 121 améliorés.

La proportion des guérisons dans notre asile ne paraît pas à première vue satisfaisante. Mais si nous tenons compte de ce que parmi les aliénés entrés, il y avait beaucoup des malades incurables, comme les paralytiques généraux ; d'autre part, qu'une grande partie de nos pensionnaires n'entrent à l'asile qu'après avoir été désespéré de leur guérison en ville, il faut reconnaître que dans ces circonstances, la proportion des guérisons peut être considérée comme satisfaisante, d'autant plus que parmi les sortis améliorés, il en est un certain nombre dont la guérison complète s'est effectuée après leur retour dans la famille.

Le nombre de guérisons augmenterait certainement si les malades étaient placés plus tôt à l'asile, pour les soumettre à un traitement plus efficace ; mais dans notre pays, nous sommes encore bien éloignés du moment où la folie passera aux yeux de tous pour une maladie comme une autre ; pourtant nous ne pouvons pas nier qu'on n'ait fait à cet égard un certain progrès pendant les dernières années.

Mortalité.

Sur un total de 1.136 aliénés entrés, 203, soit 17,87 p. 100, sont décédés dans l'asile.

Le tableau suivant indique la nature des affections qui ont déterminé la mort de ces malades.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Paralysie générale	105	3	108
Entérite	2	4	6
Tuberculose	23	10	33
Anasarque	1	0	1
Pneumonie	4	2	6
Fièvre typhoïde	2	1	3
Syncope	9	1	10
Attaque d'épilepsie	1	0	1
Marasme	10	9	19
Délire aigu (complications)	3	2	5
Apoplexie	4	0	4
Cardiopathie	3	0	3
Suicide	2	1	3
Tumeur maligne	0	1	1
Total	169	34	203

La mortalité dans notre asile serait affligeante si l'on ne tenait compte de ce fait, que plus de la moitié des morts étaient des paralytiques généraux, dont il nous semble qu'il mérite de faire ici une analyse particulière.

Sur les 108 de nos cas de mort : 40 ont succombé à la suite d'attaques épileptiformes, ou apoplectiformes ; 35 se sont éteints dans le marasme, 8 par congestion cérébrale, 4 sont morts subitement par syncope, 6 à la suite des plaies gangréneuses ; et les autres ont été emportés prématurément par quelque affection intercurrente, congestion pulmonaire, diarrhée, etc. Le diagnostic de cette affection a été vérifié en quelques cas douteux par l'autopsie.

La cause donc immédiate de la mort la plus fréquente était les attaques épileptiformes ou apoplectiformes ; et même la plupart de ceux qui furent emportés dans le marasme ont été atteints d'une telle attaque, qui avait aggravé l'état des malades et amené rapidement l'épuisement et le marasme. J'ai observé que les attaques ci-dessus sont un symptôme presque constant de la paralysie générale, et non une complication comme plusieurs auteurs les considèrent. J'ai observé aussi que les

gangrènes locales qui sont considérées par les uns comme rares, par les autres comme constituant sinon la généralité du moins la règle, se présentent très fréquemment chez nos malades; six fois même elles ont déterminé prématurément la mort. Je dois avouer que dans notre asile la moitié presque des malades, malgré toutes nos précautions, présentent des escarres sans qu'il y ait souvent des frottements ni de décubitus. Je suis d'avis qu'on peut par les soins et le mode de couchage éviter souvent les escarres, mais jamais on ne les verra disparaître, car la paralysie générale est une maladie qui fréquemment présente des troubles trophiques.

Dans notre asile, aucune épidémie ne s'est produit depuis sa fondation; quelques cas de fièvre typhoïde sporadiques ont été seulement observés. Cela doit être attribué à la belle situation de la maison, à la salubrité du terrain, à la bonne alimentation des malades et à toutes les précautions hygiéniques que nous prenons.

Parmi les maladies les plus fréquemment incriminées, se place la phtisie; elle compte 33 cas sur 203 décès. Cette affection donc est assez fréquente dans notre asile, et cause à elle seule plus de décès que toute autre maladie. Tous les médecins qui ont exercé dans les établissements consacrés aux aliénés ont signalé l'extrême fréquence de la phtisie chez les aliénés, ce qui est dû souvent à l'impossibilité d'isoler les tuberculeux. Notre asile ne possède pas encore un pavillon séparé pour les tuberculeux; mais dès que nous soupçonnons une telle affection, l'isolement des malades se fait dans des chambres particulières avec toutes les précautions nécessaires. L'extrême fréquence de la phtisie est due assurément en grande partie à l'encombrement des malades, à la contagiosité bien connue de cette affection; pourtant on ne peut pas nier une prédisposition particulière des aliénés à cette maladie, en particulier

des aliénés qui subissent des troubles de nutrition et qui offrent en effet un terrain favorable au développement du bacille. Les statistiques confirment ce fait, que les aliénés succombent plus fréquemment à la phtisie que les individus sains d'esprit; les statistiques aussi confirment ce fait, que la phtisie envahit les aliénés chroniques. Notre petite statistique en est encore une preuve; car si l'on analyse l'aliénation mentale de nos décédés par phtisie, on trouve que 8 étaient atteints de mélancolie chronique, 22 de démence secondaire, et 3 seulement de psychoses aiguës.

Mon travail pourrait être plus analytique, mais mon but a été de présenter un résumé sur l'aliénation mentale chez nous, et particulièrement sur le mouvement des aliénés à l'asile « Dromocaïtion ».

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1903

Présidence de M. GILBERT BALLET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Doutrebente, Giraud, Marchand et Piéron, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Antheaume s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. le professeur Del Greco remerciant la Société de l'avoir élu membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. Vurpas remerciant la Société de l'avoir élu membre correspondant.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure de M. le professeur Del Greco sur les délinquants et l'anomalie fondamentale de caractère ;

2° Une brochure du Dr Nina Rodriguez intitulée : La psychologie du « dépeçage » criminel ;

3° Les numéros d'août, septembre et octobre de la *Revue d'hypnotisme* ;

4° Les numéros de juillet, août et septembre de la « Tempérance ».

Mort de MM. Ott, Théophile Roussel, Pons et van der Lith.

M. Gilbert-Ballet. — Mes chers collègues, depuis notre dernière réunion la Société médico-psychologique a été très éprouvée ; elle a perdu : un de ses membres

associés étrangers, le Dr Van der Lith, ancien médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Utrecht; un de ses membres correspondants, le Dr Pons, ancien médecin de l'asile d'aliénés de Bordeaux; un de ses membres fondateurs, Ott, un philanthrope qui fut l'ami et le collaborateur de Buchez, et a fait ici, lors des débuts de la Société, des communications qui ne furent pas sans mérite. Je suis certain d'être l'interprète de vous tous en exprimant les regrets que nous cause la mort de nos collègues.

Mais une perte nous a été sensible entre toutes, c'est celle d'un de nos anciens présidents, de Théophile Roussel, qui a succombé au mois de septembre dans sa propriété de la Lozère. Le bureau regrette de ne pas avoir été prévenu en temps voulu de ce triste événement, car il eût considéré comme un devoir de se faire représenter aux obsèques. Théophile Roussel faisait partie depuis trente ans des assemblées législatives; il était de ceux qui estiment qu'un mandat est un moyen de servir l'intérêt public, et il a pris, vous le savez, une part active à l'élaboration de lois importantes: la loi contre l'ivresse publique, la loi sur la protection des enfants moralement abandonnés, la loi sur la protection des enfants du premier âge qu'on a justement appelée la loi Roussel. Par ses travaux sur la pellagre, par le rôle prépondérant qu'il joua, comme rapporteur, dans la discussion du projet de réforme de la loi de 1838 voté par le Sénat, Théophile Roussel était des nôtres. Aussi l'aviez-vous élu à l'unanimité en 1892 président de la Société. C'est à ce titre qu'il fut la même année appelé à présider le Congrès des aliénistes à Blois. L'affabilité, la distinction, l'élévation d'idées dont il fit preuve en cette circonstance, sont présentes au souvenir de chacun de vous. Théophile Roussel faisait partie d'un grand nombre de sociétés et de corps constitués : il était membre de l'Académie des sciences morales et politiques, de l'Académie de médecine, du Sénat. On y a dit, ou on y dira ce qu'il y fut. Mais la Société médico-psychologique ne pouvait rester étrangère au concert de regrets et d'éloges qu'a provoqué la mort de ce grand homme de bien. Je lève la séance en signe de deuil.

La séance est levée en signe de deuil et reprise à 4 h. 40.

Un cas de paralysie générale précoce. — Spécificité héréditaire ou acquise,

par Mlle Giry, externe des hôpitaux.

Mlle Giry présente une malade, du service de M. Gilbert Ballet à l'Hôtel-Dieu, atteinte de paralysie générale précoce.

Cette malade, âgée de dix-neuf ans, présente du tremblement de la langue, de la lèvre inférieure, des mains. Sa parole est lente, hésitante, avec les reprises de mots et de syllabes caractéristiques. Ses réflexes sont exagérés. Elle a de l'inégalité et de la déformation pupillaires; le signe d'Argyll Robertson est complet.

Depuis le mois de décembre 1902, sa famille signale de notables modifications mentales. La malade est devenue irritable, triste; souvent elle reste plusieurs heures sans vouloir parler, et a des crises de larmes fréquentes, sans cause apparente. Elle est incapable d'un effort d'intelligence soutenu, et lorsque l'interrogatoire se prolonge un peu, elle y répond d'une façon inexacte et contradictoire. Mais elle n'a jamais présenté de troubles délirants.

Sa mémoire a notablement baissé : il lui arrive de se tromper ou d'oublier un vêtement en s'habillant. A partir du mois de janvier dernier, elle a dû renoncer à tenir une caisse de commerce à cause de ses troubles amnésiques. — Enfin une ponction lombaire a montré l'existence d'une abondante lymphocytose.

Le diagnostic de paralysie générale posé, reste la question étiologique : étant donné l'âge de la malade — elle a dix-neuf ans, — on ne pouvait guère penser à une syphilis acquise.

L'examen des antécédents de la malade nous a fourni les renseignements suivants : elle est née à terme, bien constituée; dès sa naissance, elle a été confiée à une nourrice, et elle est restée parfaitement bien portante jusqu'à l'âge de onze mois. A ce moment, la nourrice

et l'enfant présentent une éruption qui, chez l'enfant, était surtout marquée au niveau de la région fessière. Toutes deux ont été traitées à l'hôpital Saint-Louis, et, détail important, le médecin a désiré examiner les parents de l'enfant et a vivement insisté pour que la nourrice ne soit pas changée ; puis il a ordonné un traitement interne de plusieurs mois à la nourrice et à *l'enfant*. Ces faits nous ont permis de conclure à la nature spécifique presque certaine de ces manifestations.

La question se posait alors de savoir s'il y avait eu contamination de la nourrice à l'enfant, ou de l'enfant, porteur d'une syphilis héréditaire, à la nourrice. Nous avons peu de renseignements sur la nourrice ; nous savons seulement qu'elle avait accouché d'un enfant né à terme et vivant, puis qu'elle avait fait une première nourriture pendant sept mois, avant d'allaiter notre malade.

Du côté de la famille, nous avons des renseignements plus précis : le père nie formellement toute spécificité ; mais la mère avait accouché en 1883, un an avant la naissance de la malade, d'un enfant mort, né prématurément après une grossesse de sept mois. Il est vrai de dire que huit jours auparavant, la mère avait éprouvé une très violente frayeur : elle avait été attaquée un soir, et son mari avait même été blessé dans cette attaque.

La mère a eu sept autres grossesses après la naissance de la malade : les deux enfants qui suivent celle-ci, sont maintenant âgées de dix-sept et de seize ans ; elles sont nées à terme, et ne présentent aucun stigmate de spécificité. Mais la fillette qui vient ensuite, a présenté à l'âge de deux ans et demi des phénomènes méningitiques sur la nature desquels nous n'avons pu être fixée ; elle est actuellement âgée de dix ans, et présente une notable inégalité pupillaire. De plus, les pupilles sont entourées d'un liséré pigmentaire que certains auteurs ont considéré comme un signe de spécificité héréditaire.

L'intérêt de cette observation tient moins au diagnostic de paralysie générale qui ne semble pas douteux, qu'à la question étiologique, étant donné que l'âge de la malade écartait l'idée de la contamination habituelle.

DISCUSSION

M. VALLON. — Cette malade ne manque pas à la règle qui montre la plupart du temps la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale précoce.

M. BALLET. — Aux renseignements donnés par Mlle Giry, je me permets d'en ajouter un autre : la malade présente une lymphocytose abondante, ce qui vient confirmer un diagnostic d'ailleurs peu discutable. La question vraiment intéressante était l'étiologie.

Il ne paraît pas douteux qu'à un moment donné l'enfant et sa nourrice ont été soignées à Saint-Louis et que le diagnostic de syphilis a été posé.

Mais est-ce l'enfant qui a contaminé la nourrice, ou la nourrice qui a contaminé l'enfant?

Contre la première hypothèse plaident les renseignements négatifs, en ce qui concerne la syphilis, recueillis auprès du père, et aussi à l'âge de l'enfant : en effet, au moment où elle a été soignée à Saint-Louis, l'enfant avait neuf mois, et l'on sait qu'à cet âge on ne constate pas d'accidents contagieux de syphilis héréditaire.

Mais, d'un autre côté, nous trouvons dans les antécédents de la mère une fausse couche de sept mois, et surtout, chez une sœur cadette de la malade, une chorio-rétinite; or, on sait qu'on s'accorde généralement, bien qu'on n'en soit pas absolument sûr, à considérer cette affection comme une trace de syphilis héréditaire.

On voit combien la question est complexe, peu aisée à trancher de façon absolue.

Paralytique général persécuté par des fauteuils et des tramways,

par M. CH. VALLON.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, ayant exercé le métier de marchand de vin, puis de vendeur de fonds de commerce, qui n'aurait pas d'antécédents héréditaires, qui ne serait pas syphilitique, mais qui se livrait à des excès alcooliques. Au dire de la femme

avec laquelle il vivait maritalement, il était, depuis huit ans, frappé d'une impuissance génitale complète. Il y a dix-huit mois, il a commencé à présenter une excitation intellectuelle qui, plus ou moins accusée, n'a pas cessé depuis. En même temps, il s'est mis à manifester des idées de persécution. Un jour, il est entré dans la loge de la concierge et lui a dit : « Il y a dans le fond de la cour un fauteuil qui m'ennuie, qui me dit des sottises. » Bientôt il s'est plaint qu'un boulanger du voisinage le faisait insulter par les ressorts de sa petite voiture ; souvent, il se rendait chez ce commerçant et lui disait des sottises. Ensuite, il s'en est pris définitivement aux fauteuils placés dans une maison voisine ; il prétendait que ceux-ci ne cessaient de l'insulter. (Dans son domicile, situé au quatrième étage, il n'y avait pas de fauteuil.)

Enfin, une fois, il a ouvert brusquement la fenêtre et a crié à un tramway qui passait : « Je vais vous en donner d'insulter une femme, saleté ! saleté ! » A partir de ce moment il a prétendu que les tramways, comme les fauteuils, lui lançaient des injures, et il lui arrivait souvent de courir après eux en les invectivant.

Peu à peu, les tramways, au lieu de lui dire des choses désagréables, ont pris sa défense contre les fauteuils qui continuaient à lui dire des sottises.

Conduit à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Ballet, le malade n'a pu y être gardé en raison de son agitation ; il a été transféré à l'asile Sainte-Anne et placé dans mon service (18 mars 1903).

Pendant deux mois, il a continué à présenter des hallucinations de l'ouïe : les fauteuils placés dans la salle où il se trouvait le traitaient de voleur, canaille, etc., et les fauteuils de la maison voisine de son domicile continuaient à l'invectiver.

Peu à peu, sans doute sous l'influence de l'administration du bromure de potassium, les troubles sensoriels ont disparu et avec eux les idées de persécution.

En somme, il s'agit d'un délire de persécution reposant sur des hallucinations de l'ouïe, survenu au cours d'une paralysie générale et présentant ce caractère particulier que les persécuteurs, au lieu d'être des êtres vivants, étaient des objets inanimés.

A remarquer, le phénomène d'attaque et de défense qui se produit souvent dans le délire de persécution systématisé.

A noter aussi que le malade, bien que frappé d'impuissance génitale depuis plusieurs années, ne présente pas de signes de tabes.

DISCUSSION

M. BALLET. — Cette sorte de dualisme dans les hallucinations auditives est fort intéressante à constater chez un paralytique général.

M. BRIAND. — Le malade était-il aussi halluciné par des êtres animés?

M. VALLON. — Jamais.

M. BRIAND. — Ce sont bien là les caractères absurdes, démentiels, des hallucinations chez les paralytiques généraux.

La séance est levée à 5 h. 20.

BLIN et DUPAIN.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1903

Présidence de M. GILBERT BALLET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Comar, Doutrebente, Lapointe, Piéron, Rist, Thivet et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance manuscrite et imprimée.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Lucien Pron, de Joinville (Haute-Marne), sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Legras, Vallon et Dupain, rapporteur ;

2° Une lettre de M. le Dr Erwin Stransky, assistant de la Clinique psychiatrique de Vienne, sollicitant le

titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Joffroy, Pactet et Roubinovitch, rapporteurs.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Revue de l'Hypnotisme*, numéro de novembre ;
2° La *Tempérance*, numéro de novembre.

Folie à double forme. — Crises épileptiformes. — Syndrome paralytique. — Autopsie. — Pachyméningite cérébrale. — Gomme du cervelet,

par MM. Doutrebente et Marchand.

L'observation sur laquelle nous désirons attirer votre attention est celle d'un malade que nous avons observé pendant 17 années consécutives ; elle nous paraît être des plus intéressantes au point de vue étiologique, clinique et histologique ; elle a présenté avec cela des difficultés toutes particulières de diagnostic différentiel. C'est là un de ces cas intéressants d'observation prolongée et continue par le même observateur et dans le même service, sur lesquels notre président, M. Gilbert Ballet, a attiré l'attention avec insistance au Congrès de Bruxelles.

Nous avons entendu dire avec étonnement à ce même Congrès, par deux orateurs différents, un Français et un Allemand, que de pareilles observations suivies avec patience et longueur de temps ne pouvaient être recueillies que dans les maisons de santé privées !

Aussi, avons-nous tenu, séance tenante, à protester au nom des médecins d'asiles publics, dont un certain nombre au moins, loin d'être des migrateurs, séjournent et poursuivent toute leur carrière dans le même établissement, où on oublie leur existence, loin du soleil, loin des yeux. J'aurais pu dire que, dans nos asiles publics provinciaux, les malades y sont observés avec soin et méthode, avec cet avantage fort appréciable pour la rédaction d'une observation scientifique, qu'on y peut faire les autopsies, que c'est même à notre avis une obligation passée dans les mœurs et les habitudes provinciales, alors que dans les maisons de santé

privées les autopsies n'y peuvent être faites, pour bien des raisons sur lesquelles il est inutile d'insister.

X...., âgé de trente-cinq ans, comptable dans une fabrique, entre à l'asile de Blois en décembre 1886 avec surexcitation intellectuelle, illusions multiples, panophobie, craintes de la mort et d'empoisonnement, scrupules imaginaires, jalousie, et enfin des idées de suicide pour échapper à la mort; il a cherché, dans sa famille, à se précipiter par une fenêtre du premier étage en poussant des cris de terreur.

Le lendemain, il est un peu plus calme, paraît rassuré, il raconte dans un état demi-conscient ce qui lui est arrivé, reconnaît avoir besoin de soins et avoue qu'il est entré volontairement dans une maison de santé. Nous apprenons de lui, que depuis un an il s'est livré à des excès alcooliques et que cette année il a fait à pied des courses de 15 à 20 kilomètres, tête nue, exposé au soleil à l'époque des grandes chaleurs.

Nous savons que X..., d'une intelligence au-dessous de la moyenne, a toujours passé pour un niais, assez suffisant, dont ses collègues se moquaient et s'amusaient; il était plus que bizarre et souffrait d'être marié à une femme très intelligente mais dépravée, dont il était jaloux, non sans raison probablement.

Son père, homme intelligent mais maniaque, apportait dans sa mise et son maintien des allures grotesques, qui attiraient d'autant plus l'attention qu'il était fonctionnaire; *son frère* est un mélancolique habituel.

Dans la descendance du malade, il y a des cas non douteux de dégénérescence physique et mentale.

15 *décembre*. X..., ne dort pas, parle toute la nuit, saute de son lit à chaque instant, disant : « Ma femme et mes enfants sont morts »; refus intermittent des aliments par crainte d'empoisonnement; il prétend s'appeler *Carti* (abréviation de son nom), et même n'avoir plus de nom; parfois il a des crises de larmes et des illusions de la vue : il croit avoir rencontré sa mère et sa cousine dans les jardins de l'asile.

23 *décembre*. Insomnie, excitation.

25 *décembre*. Le malade habituellement triste et anxieux répond à nos questions avec lenteur et hésitation; il paraît mieux, déclare qu'il est en parfaite santé, et demande pourquoi on lui fait suivre un traitement.

26 *décembre*. L'insomnie a disparu; mais il se réveille subitement au milieu de la nuit, se lève pour prendre le train, il offre de l'argent à son gardien pour s'en aller, il y a urgence, il doit prendre la place d'un criminel qui va être exécuté; il croit que sa femme est morte par sa faute.

27 *décembre*. Il écrit à sa femme : « Nous mourrons ensemble, nous nous reverrons dans le ciel, nous sommes tous empoisonnés. » Il lui demande pardon et la prie de payer pour lui, à cause du mal qu'il a fait avec d'autres femmes que la sienne.

24 *janvier* 1887. Insomnie persistante, croit toujours que sa femme et ses enfants sont morts, malgré les visites de sa femme ; il demande à être fusillé.

27 *janvier*. Idées de suicide persistantes, et cependant il prétend qu'il est déjà mort trois fois.

4 *février*. Il raconte qu'un de ses enfants est enfant de troupe, et que son frère vient de recevoir une récompense pour des actions d'éclat ; puis il pleure en s'accusant de fautes imaginaires.

6 *février*. Il fait trois tentatives de suicide en voulant se noyer dans un bassin situé au milieu du jardin.

27 *février*. Il veut se pendre avec son foulard à l'espagnolette de la fenêtre de sa chambre.

5 *mars*. Le malade ne sait plus ce qu'il fait, il va et vient comme un homme ivre, puis demande à avoir la tête tranchée.

26 *et* 28 *mars*. Nouvelles tentatives de suicide dans le bassin ; il cherche à s'introduire dans les fosses d'aisances et veut être coupé en deux morceaux.

30 *avril*. Réclame la mort et essaie de boire son urine.

3 *mai*. Se montre violent et méchant avec les gardiens qui le gardent nuit et jour.

11 *mai*. Il se frappe la tête contre les murs avec une violence inouïe.

13 *juillet*. Les idées de suicide persistent, et avec cela le malade continue à se nourrir très irrégulièrement. Toujours difficile à soigner, diriger et surveiller.

9 *août*. Amélioration notable, le malade est calme et se nourrit seul ; il écrit à sa femme une lettre très sensée.

16 *août*. Pendant la nuit, X..., qui était dans une situation satisfaisante depuis quelques jours, s'imagina de se couper la verge avec ses ongles ; il avait fait cela en cachette de son gardien. Pendant que nous lui faisons un pansement, il nous dit qu'il arrivera quand même à se suicider.

Cette situation se prolonge jusqu'en décembre, où éclate à nouveau une violente crise d'excitation avec tentatives perpétuelles de suicide ; il voulait se précipiter dans le feu, et cela à chaque instant du jour et de la nuit. C'est alors que nous avons dû faire usage de la camisole, les gardiens exténués de fatigue et d'appréhensions refusaient d'ailleurs de continuer le service. L'emploi de la camisole produisit sur le malade un effet des plus salutaires ; il se calmait dès qu'il avait la camisole, renonçant provisoirement à ses tentatives de suicide ; il en arriva

même à en réclamer l'application pour cette raison, que tout en appelant la mort, il en avait peur.

Mai 1888. X... a toujours des idées de suicide et cherche à se frapper la tête contre les murs, contre son lit et la bordure de la baignoire quand il est au bain.

Janvier 1889. Même état avec quelques courtes périodes d'accalmie.

27 *avril*. Agitation, refus des aliments, nourri à la sonde, cherche à se faire vomir.

7 *juin*. Persistance des idées de suicide; il demande à être privé de ses parties génitales et de sa langue, il essaie d'ailleurs de la couper en deux avec ses dents.

Cet état de mélancolie suicide avec crises fréquentes d'excitation se prolongea jusqu'en septembre 1891, et durait depuis quatre ans et huit mois lorsque, progressivement, une amélioration se produisit; le malade, renonçant à ses idées de suicide, demanda à être débarrassé de la camisole et n'en réclama plus jamais l'application. Les visites de ses parents lui devenant agréables devinrent de plus en plus fréquentes et, bientôt même, après plusieurs promenades à la campagne, il rendit visite à ses parents et y séjourna, à plusieurs reprises, une demi-journée, à titre d'essai.

La sortie définitive fut décidée le 31 janvier 1892.

Nous avions pensé, tout d'abord, à une guérison fort inespérée en présence d'un malade calme, conscient, racontant sans réticence tout ce qu'il avait fait pendant sa crise, riant de ses craintes, de ses scrupules imaginaires, n'étant plus jaloux et reprenant avec joie la vie de famille, sans arrière-pensée vis-à-vis de sa femme, qui d'ailleurs en était toute surprise; cela nous fit ouvrir les yeux. Etant admis que la conduite de sa femme n'était pas exemplaire, il n'était pas naturel que le mari, revenu à l'état normal, eut passé l'éponge sur le passé et se montrât, dans le présent, insouciant et même complaisant, puisque rapidement il se mit à inviter chez lui des célibataires, dans la société desquels il se plaisait. Il se sentait heureux de vivre et de voir autour de lui des gens heureux et satisfaits.

Ce que nous avions pris pour une guérison n'était pas même une période d'intermission entre deux accès, ce n'était que le passage d'une période de mélancolie aiguë à une période de satisfaction d'abord, et ultérieurement de mégalomanie simple, et, plus tard, d'excitation maniaque avec mégalomanie confirmée.

Six mois après sa sortie, nous l'avons vu souvent dans la rue, très satisfait de sa petite personne, portant beau, heureux de vivre en inutile, se promenant sans but, enchanté de lui-même et de l'existence; mais en novembre 1892, cette phase de

mégalomanie simple et de calme se modifia sensiblement. M. X... manifeste publiquement ses idées de grandeur : il monte à cheval ou sort à pied avec de grandes bottes à l'écuyère et cravache en main, cherchant à se faire remarquer, sonnant tantôt à une porte, tantôt à une autre, rendant visites sur visites à de hauts fonctionnaires (ingénieur en chef, évêque et préfet), faisant même parfois des visites de nuit.

Quand on lui faisait des observations sur sa manière d'être, il s'emportait jusqu'à proférer des menaces de mort contre sa femme et sa belle-mère. Les menaces devinrent si rapidement effrayantes, que sa femme et ses enfants affolés furent obligés, à plusieurs reprises, de s'enfermer dans leur chambre alors qu'il frappait à la porte de l'appartement comme un furieux, ayant alors retrouvé ses idées de jalousie, accusant sa femme d'avoir voulu l'empoisonner et de recevoir chez lui des célibataires, qu'il avait invités lui-même à y venir. En dernier lieu, il fit à la domestique la menace de la jeter par la fenêtre.

Le 5 *novembre* 1892, il fut replacé à l'asile de Blois en pleine période d'excitation maniaque. Cette période se prolongea à l'état aigu pendant près de cinq ans, pour faire place à un état mental sub-conscient, avec des alternatives de courte durée, de calme, d'agitation, ou même parfois de dépression mélancolique avec mysticisme.

En 1897, X... fait des difficultés pour s'alimenter, il demande « qu'on lui coupe le sifflet », cherche à se suicider, il faut revenir à la surveillance de jour et de nuit.

En 1898, 1899 et 1900, le malade présenta des alternatives de calme, d'agitation et de dépression d'une durée de trois à quatre jours, avec affaiblissement intellectuel progressif.

4 *juin* 1901. Idées mystiques : il voudrait mourir « pour devenir un petit ange » ; on le voit souvent à genoux et en prières ; il réclame la mort.

En août, il apprend sans aucune émotion et avec la plus profonde indifférence la mort de sa femme.

Octobre. Excité pendant cinq jours.

16 *novembre*. Première attaque d'épilepsie d'une durée convulsive de quelques minutes, avec état inconscient pendant un quart d'heure ; il était étendu à terre, cherchant à ramasser des objets imaginaires avec ses mains.

19 *février* 1902. 4 attaques épileptiformes pendant la nuit du 18 au 19.

13 *mai*. 1 attaque épileptiforme.

16 *juillet*. 1 attaque épileptiforme.

13 *septembre*. 2 attaques épileptiformes.

29 *octobre*. 1 attaque épileptiforme.

30 *novembre*. 1 attaque épileptiforme.

24 *décembre*. 2 attaques épileptiformes.

En janvier 1903. Des signes somatiques viennent s'ajouter d'une façon très nette aux symptômes mentaux, au point que le diagnostic de paralysie générale commença à s'imposer, ou tout au moins à être fortement discuté.

10 *février* 1903. L'embonpoint est normal. Pas de cicatrices sur le corps. Atonie des muscles de la face. Pas d'asymétrie faciale; les yeux sont proéminents, les oreilles grandes et mal ourlées; la langue est parquetée à sa partie médiane et postérieure.

La sensibilité tactile est conservée; la sensibilité à la douleur est obtuse par tout le corps; l'audition est légèrement affaiblie des deux côtés; la sensibilité gustative paraît normale.

Le sens de position est conservé; pas d'achromatopsie.

Les réflexes patellaires et ceux du poignet sont très exagérés des deux côtés. Pas de trépidation épileptoïde; abolition du réflexe plantaire, une piqûre d'épingle sous la plante des pieds n'est pas sentie.

La marche est incertaine, titubante; le malade chancelle, comme s'il était en état d'ivresse.

Tremblement à grandes oscillations des extrémités des membres supérieurs, de la langue et des muscles des lèvres quand le malade parle.

Pas d'inégalité pupillaire; les pupilles sont en myosis; les réflexes lumineux existent mais sont très paresseux;

Pas de paralysie, pas de signe de Romberg; faiblesse et atonie des membres inférieurs; le malade ne peut pas se tenir en équilibre sur une seule jambe.

La parole articulée est traînante, nasonnée; certaines syllabes sont redoublées. Mêmes troubles pendant la lecture; parfois le malade saute des syllabes ou des mots entiers.

L'écriture est légèrement troublée, des lettres manquent dans certains mots; dans d'autres au contraire elles sont redoublées.

Au point de vue psychique, la mémoire est très affaiblie : X... ne peut pas dire son âge, le mois et l'année actuels; il ne peut plus compter suffisamment pour faire une opération des plus simples; il ne connaît pas les grands faits politiques, et cependant il lit tous les jours un journal. Il ne peut pas dire pourquoi il est ici, et ne se rend pas compte qu'il est malade.

Pas d'idées de persécution ou de grandeur; idées de satisfaction; incohérence dans les paroles.

20 *février*. 1 attaque épileptiforme. Les jours suivants, les idées de grandeur se manifestent à nouveau, il se dit : le prince de Saint-Aignan, le prince de Valençay; il met un ruban rouge à sa boutonnière et dit que c'est une décoration russe.

Mars. Les crises épileptiformes se produisent fréquemment,

ce qui nous a permis de constater par nous-même : qu'elles s'accusaient à peu près exclusivement du côté droit, sous la forme tonique au début, puis clonique à la fin de l'accès. Du côté gauche on observait seulement des secousses peu accentuées, largement espacées et sans rythme.

8 *mai*. Nombreuses crises en séries et imbriquées ; le malade reste ensuite dans le coma pendant quarante-huit heures.

21 *mai*. 24 crises épileptiformes ; la température du corps atteint 38°1 ; le malade reste dans le coma pendant vingt-quatre heures, puis se rétablit progressivement, mais reste aphasique pendant cinq jours.

15 *août*. X... a 34 crises épileptiformes suivies de vomissements ; le lendemain il est encore dans le coma ; la température oscille entre 39 degrés et 39°7.

17 *août*. Les crises épileptiformes surviennent encore, et X... meurt le 18 dans une crise convulsive.

L'autopsie est faite trente-six heures après la mort.

Au niveau de la région frontale droite on remarque, sur la table externe de l'os, une exostose de la grosseur d'un haricot, très saillante, et rien à la table interne.

Pas d'adhérences entre le crâne et la dure-mère.

A l'ouverture de la dure-mère, il s'échappe une grande quantité de liquide céphalo-rachidien.

La pie-mère est très congestionnée, mais il n'y a pas d'adhérences avec le cortex ; elle se laisse difficilement déchirer et présente, par places, des plaques rougeâtres. Plaques d'athérome sur le tronc basilaire, les carotides internes, les artères cérébelleuses et cérébrales postérieures.

L'hémisphère droit pèse 660 grammes, le gauche présente le même poids ; le cervelet et le bulbe réunis pèsent 195 grammes.

Pas de granulations épendymaires sur le plancher du 4e ventricule et les ventricules latéraux.

Sur les coupes de Pitres, on ne trouve pas de lésion localisée ; la substance grise corticale et les noyaux cérébraux ont la couleur hortensia ; les ventricules latéraux paraissent très dilatés.

La pie-mère cérébelleuse est très épaissie et très congestionnée.

Sur une coupe antéro-postérieure du cervelet, on trouve dans l'hémisphère droit, au niveau du noyau dentelé, une masse dure, de coloration jaunâtre, très vasculaire à sa périphérie. Cette tumeur, de la grosseur d'une noisette, fait corps avec le tissu nerveux qui l'entoure.

Examen histologique. — Les différentes parties du cortex qui ont été soumises à l'examen sont : la frontale ascendante gauche, la première frontale droite, la pariétale ascen-

dante gauche. Les méthodes employées sont celles de Nissl, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie et la coloration au picro-carmin et à l'hématoxiline de Delafield.

Les méninges sont très épaissies ; la pie-mère présente des épaississements irréguliers, surtout au niveau des sillons ; elle est infiltrée de nombreuses cellules embryonnaires, mais cette infiltration est irrégulière comme intensité. Les vaisseaux paraissent plus nombreux qu'à l'état normal ; ils sont gorgés de sang, et leurs parois sont par places le siège d'une dégénérescence athéromateuse ; quelques-uns ont leur lumière totalement oblitérée par un tissu de nouvelle formation.

Entre la pie-mère et le cortex il existe par places de nombreuses nappes sanguines, qui paraissent s'être produites quelque temps avant la mort.

Cerveau. — Les cellules pyramidales sont fortement lésées, leurs prolongements sont peu apparents, les granulations chromophiles en partie disparues. Le corps de la cellule atrophié contient du pigment ; le noyau est excentrique. Les cellules rondes qui se trouvent dans les espaces péricellulaires ne paraissent pas plus nombreuses qu'à l'état normal.

La névroglie ne paraît pas hyperplasiée dans les différentes couches du cortex ; mais la bordure névroglique sous-jacente à la pie-mère est épaissie par places, et contient de nombreux noyaux embryonnaires.

Les fibres à myéline sont diminuées en nombre dans les couches superficielles du cortex.

Les vaisseaux ne présentent pas de diapédèse ; leurs parois sont toutefois très altérées, et par places on y constate la dégénérescence hyaline.

Cervelet. — La pie-mère du cervelet paraît normale ; pas de lésions appréciables de l'écorce ; les cellules de Purkinje contiennent des granulations chromophiles bien colorées. La tumeur englobée dans l'hémisphère droit présente la constitution histologique suivante : son centre est formé de cellules petites, irrégulières, prenant mal les colorants. A la périphérie, on constate une multitude de vaisseaux présentant de la périartérite. De nombreuses cellules rondes fortement colorées constituent le pourtour de la tumeur. A ce niveau, le tissu névroglique présente une prolifération très active. En résumé, cette tumeur présente les caractères des gommes syphilitiques. Dans les parties voisines de la tumeur, on trouve une grande quantité de grains pigmentés de couleur brunâtre.

La recherche des bacilles tuberculeux a donné un résultat négatif.

Bulbe. — La pie-mère présente des plaques de pachyméningite localisées surtout à la partie antérieure. Pas de lésions

accentuées des cellules des noyaux de l'hypoglosse; les vaisseaux sont très congestionnés et ont des parois irrégulières.

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports. Doit-on, d'abord, au point de vue étiologique, établir un rapport de causalité entre la syphilis et la folie à double forme présentée par notre malade?

De nombreux auteurs n'hésitent pas, aujourd'hui, à considérer la syphilis comme capable de déterminer l'apparition des psychoses. Sans vouloir créer une folie syphilitique, il faut bien reconnaître que la toxine syphilitique, comme les autres toxines et peut-être plus qu'elles, peut produire des lésions cellulaires du cortex et donner naissance à certaines maladies mentales ; mais une prédisposition individuelle reste nécessaire; elle existait d'ailleurs chez notre malade, qui était atteint de débilité mentale.

Au point de vue clinique, notre observation montre que le syndrome paralytique est surtout déterminé par des lésions diffuses de l'écorce, et qu'il existe des cas où le diagnostic de la paralysie générale est très délicat. La pachyméningite diffuse constatée chez notre sujet donna lieu au tableau clinique de la paralysie générale.

La syphilis, qu'on trouve presque toujours dans l'étiologie de la paralysie générale, peut aussi produire des lésions méningo-encéphaliques, qui ne sont pas celles de la paralysie générale et qui, cependant, parfois, produisent des symptômes analogues à ceux de la paralysie générale. Dans le cas que nous soumettons à votre examen, les symptômes moteurs étaient encore accentués par la présence d'une gomme cérébelleuse, ce qui ajoutait encore à la difficulté du diagnostic.

L'examen histologique montre que les lésions cérébrales de notre malade peuvent se résumer ainsi : pachyméningite, lésions dégénératives du cortex, et gomme du cervelet.

Ces lésions diffèrent donc de celles de la paralysie générale, dans laquelle l'encéphalite est toujours aussi accentuée que la méningite.

L'un de nous a déjà attiré l'attention sur des cas de folie à double forme intermittente aboutissant à l'épi-

lepsie, et en a publié plusieurs observations dans les *Annales médico-psychologiques* (1). Pendant longtemps il croyait bien que, dans le cas actuel, il avait à observer un nouveau fait d'épilepsie consécutif à une série d'accès de folie à double forme ; c'est à la dernière période que l'épilepsie partielle a été nettement reconnue.

Nous observons en ce moment un cas fort intéressant chez un jeune homme pour lequel le diagnostic d'épilepsie larvée a été formulé, en raison de la forme adoptée par les équivalents psychiques qui apparaissent et disparaissent du jour au lendemain. Le traitement polybromuré institué depuis quelque temps, à titre d'épreuve, a donné des résultats très satisfaisants.

Nous avons pu voir que l'épilepsie partielle de X..., avait une origine nettement spécifique démontrable, de son vivant, par la langue parquetée et l'exostose frontale, et à l'autopsie, par la gomme cérébelleuse, la pachyméningite et les lésions dégénératives du cortex.

En donnant aux symptômes observés l'étiquette de syndrome paralytique, sans adopter le diagnostic ferme de paralysie générale, nous croyons être dans le vrai, puisque à l'autopsie, nous n'avons point trouvé les lésions macroscopiques usuelles de la paralysie générale : les adhérences de la pie-mère au cortex ; pas plus que les lésions microscopiques du cerveau : l'hyperplasie de la nevroglie et la diapédèse des vaisseaux.

DISCUSSION.

M. GILBERT BALLET demande quelle était la durée des phases de l'intermittence.

M. DOUTREBENTE. — Elles étaient de très longue durée : plusieurs années. A l'autopsie, nous n'avons pas constaté les signes histologiques classiques de la paralysie générale.

M. PACTET demande s'il y avait des lésions diffuses.

M. DOUTREBENTE. — Oui.

M. PACTET. — La présence de ces lésions diffuses peut suffire à établir la paralysie générale.

---

(1) *Annales méd. psych.*, 1886, tome IV.

M. Vallon. — Peut-être le diagnostic de folie circulaire n'est-il pas justifié. Des périodes d'excitation et de dépression séparées par de longs intervalles ne sont pas suffisantes pour fixer le diagnostic de folie circulaire. C'est bien plutôt la régularité du cycle des accès. D'autre part, les circulaires ne tombent presque jamais dans la démence. D'autant plus qu'il y a entre ces accès de longues périodes où d'autres symptômes ont été notés.

M. Doutrebente. — Le malade passait de la mélancolie à l'agitation. Cela durait quelques mois. Puis une longue phase de repos. Une de ces phases a duré plus de cinq ans.

M. Vallon. — Des phases de repos aussi longues sont exceptionnelles dans la folie intermittente. Je dirais plutôt qu'il s'agit d'un débile ayant eu des accès d'agitation et de dépression avec terminaison par syndrome paralytique.

M. Doutrebente. — J'ai du reste modifié mon diagnostic du début. Durant les premiers temps de l'admission, je croyais à un cas de folie à double forme. Je présente justement cette observation pour montrer que les malades évoluent durant leur séjour dans les asiles.

M. Vallon. — La folie circulaire se déclare le plus souvent chez les dégénérés. C'est une exagération du caractère très inégal de ce genre de malades.

M. Toulouse. — Il me paraît y avoir, dans l'esprit de M. Doutrebente, une sorte d'antagonisme entre la paralysie générale et les formes intermittentes. Ce n'est point mon avis, et j'estime que la paralysie générale peut débuter par un syndrome intermittent. C'est ainsi qu'après avoir observé chez un malade tous les signes somatiques de la folie intermittente, je vis apparaître, après plusieurs mois d'observation, le syndrome paralytique, et enfin la démence.

M. Doutrebente. — Je n'ai jamais eu l'idée de nier la possibilité du syndrome de la folie intermittente au début de la paralysie générale.

M. Gilbert Ballet. — Il y a lieu d'établir une distinction entre la possibilité de la paralysie générale et les intermittents, et d'autre part la paralysie générale simulant à son début une forme intermittente.

Sur un cas de Psychose polynévritique avec insuffisance hépatique,

par MM. JUQUELIER et PERPÈRE.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Juquelier et au mien, l'étude clinique et anatomique d'un cas de psychose polynévritique.

Au cours de ces dernières années, le syndrome de Korsakoff a fait fortune; aussi notre observation ne se recommande-t-elle pas par un caractère d'extrême rareté; mais, comme tous les problèmes soulevés par un tel sujet sont loin d'avoir trouvé leur solution définitive, il nous a paru qu'il n'était pas inopportun de rapporter de nouveaux faits.

Voici l'observation dans ce qu'elle a d'essentiel. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, qui fut en traitement à l'asile de Vaucluse, dans le service de M. Dupain. De ses antécédents familiaux, rien ne mérite d'être retenu; par contre, en ce qui concerne la malade elle-même, notons des habitudes alcooliques anciennes. Trois mois avant son entrée à l'Asile, elle se plaignit d'une difficulté progressive de la marche, avec douleurs dans les membres inférieurs. Elle dut s'aliter, et c'est deux mois et demi plus tard qu'elle présenta des troubles mentaux, surtout de l'agitation, qui nécessitèrent son internement. A l'Asile, nous nous trouvons en présence d'une malade calme, mais présentant le tableau d'une confusion mentale profonde. Elle ignore la date, le lieu où elle se trouve; la mémoire des faits récents a disparu, comme celle des faits anciens. Elle semble vivre dans un rêve, son attention est difficile à fixer, et elle se montre indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Parfois elle croit reconnaître les personnes du service, qu'elle prend pour d'autres personnes qu'elle a connues autrefois. Elle paraît en outre avoir des hallucinations. Du côté des membres inférieurs, la malade présente des signes de névrite très accusés : paraplégie flasque affectant au maximum les muscles antéro-externes de la jambe, abolition des réflexes tendi-

neux et cutanés, douleurs subjectives, hyperesthésie des masses musculaires et des troncs nerveux, hypoesthésie des téguments. Les membres supérieurs, la face, sont indemnes. La rétention urinaire nécessite le cathétérisme : le trouble et l'odeur ammoniacale de l'urine permettent de penser que cette opération a été déjà pratiquée. Le foie est de volume normal, non douloureux à la palpation, mais perturbé dans son fonctionnement : et en effet, bien que l'épreuve de la glycosurie alimentaire soit négative, on note une hypoazoturie et une urobilinurie très accentuées. Le facies est terreux, couperosé, l'état général précaire. Dans la suite, la fièvre s'allume, des troubles digestifs apparaissent, et la malade succombe vingt jours après son entrée.

L'autopsie nous a montré un foie gras, des reins scléreux, un certain degré de cystite, et rien d'autre. Voici d'autre part les résultats de l'examen histologique, que M. Vigouroux voulut bien pratiquer :

Du côté de l'encéphale : pas d'altération méningée ni vasculaire, mais la méthode de Nissl permet de constater les lésions suivantes des grandes cellules pyramidales : la plupart de ces cellules sont rondes, globuleuses ; beaucoup présentent un noyau excentrique, un certain degré de chromatolyse et une pigmentation excessive. Au Weigert-Pal, les fibres nerveuses apparaissent intégralement conservées.

La moelle présente des altérations semblables quoique moins accentuées. Les cellules des cornes antérieures sont très pigmentées ; un certain nombre présentent un noyau périphérique, un état manifeste de chromatolyse, un aspect laqué. Ces altérations sont nettement plus accentuées au niveau de la région lombaire.

L'examen de l'un des deux nerfs sciatiques poplités externes permet de constater des lésions très accentuées de névrite parenchymateuse. Du côté du foie, lésions de cirrhose graisseuse ; de très rares cellules hépatiques ont conservé leur aspect normal. Les reins sont scléreux et présentent quelques nodules infectieux, traces de l'invasion microbienne d'origine vésicale.

En résumé notre observation répond au tableau de la psychose polynévritique, tel que l'ont dessiné Korsakoff et ses successeurs. Les lésions cellulaires du cortex

que nous avons observées concordent de tout point avec celles qui ont été décrites par M. Ballet et ses élèves, nous n'y insisterons pas. Nous ajouterons cependant qu'ici encore ces lésions nous paraissent primitives, puisque les fibres blanches sous-jacentes sont intactes. Au niveau de la moelle, la nature primitive ou secondaire des lésions cellulaires est discutable, en raison de la névrite concomitante ; c'est à la région lombaire que ces lésions sont le plus accentuées, et il est par conséquent permis de supposer qu'elles constituent un phénomène de dégénérescence ascendante, résultat de la névrite localisée aux membres inférieurs. Au surplus, nous remarquerons avec M. Ballet, avec M. Dupré (et cette vue est conforme à l'enseignement du Professeur Raymond), que ces considérations sont un peu subtiles, le neurone (périphérique ou central) pouvant être atteint en totalité ou en partie par l'agent toxique.

En l'espèce, il est difficile de préciser l'agent toxique qu'il convient d'incriminer, car le cas est complexe. Si nous éliminons l'infection urinaire qui nous paraît avoir été terminale, nous restons en présence de l'alcoolisme et de l'insuffisance hépatique.

Cette insuffisance est ici très nette, bien que la glycosurie alimentaire, signe quelquefois infidèle, nous ait fait défaut. D'autre part la lésion hépatique est manifestement sous la dépendance de l'alcoolisme, en sorte qu'on peut se demander si la neuro-cérébrite n'est pas exclusivement d'origine hépatique, et si l'alcool n'a agi que par l'intermédiaire du foie. Les travaux de M. Klippel ont montré combien, dans des cas de ce genre, l'insuffisance des fonctions du foie doit être prise en considération, et M. Dupré insiste avec juste raison sur le rôle des auto-intoxications dans les psychopolynévrites.

L'étude seule des troubles mentaux ne donne pas la solution du problème : on sait que toutes les psychoses toxiques ont plus ou moins la même physionomie clinique ; elles ont, dit Morselli, un « air de famille ». L'ensemble anatomo-clinique en revanche, s'il ne nous permet pas de trancher nettement la question, nous autorise du moins à émettre une hypothèse concernant le rôle respectif des deux agents toxiques en présence.

En effet, le rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse de certains cas de confusion mentale avec délire hallucinatoire est bien connu; mais il n'apparaît pas nettement, dans les observations publiées jusqu'ici, que cette insuffisance viscérale soit responsable des lésions histologiques du système nerveux. Pour ce qui concerne les lésions cellulaires corticales, dans des cas de troubles mentaux accompagnant l'insuffisance hépatique indépendante de toute autre intoxication, ou bien l'examen microscopique des centres n'a pas été pratiqué, ou bien cet examen est demeuré négatif. Dans les faits de ce genre, il s'agissait probablement d'individus prédisposés héréditairement au délire. Ajoutons qu'inversement, dans des cas de psychose polynévritique sans trouble des viscères, on a observé des lésions semblables à celles que nous avons constatées dans le cas présent, et qui évidemment ne peuvent être mises sur le compte d'une altération des fonctions hépatiques.

Quant aux phénomènes névritiques, la question est plus délicate. Divers auteurs, M. Gouget en particulier, ont signalé des cas de névrite hépatique ; mais les observations de ce genre sont rares et la plupart sont peu probantes, car elles ne sont point accompagnées d'examen histologique, ou concernant des sujets manifestement alcoolisés. Dans le cas que nous rapportons, la névrite des membres inférieurs avait du reste cliniquement l'allure typique des névrites alcooliques les plus banales, et par conséquent il nous semble qu'il y a lieu de l'interpréter dans le sens d'une pathogénie éthylique simple.

En définitive, et sans vouloir généraliser, nous croyons possible d'admettre que, dans le fait actuel, l'intoxication alcoolique directe doit être seule invoquée pour expliquer la genèse des lésions nerveuses. Le rôle de l'insuffisance hépatique n'en est pas diminué ; cette insuffisance nous paraît avoir eu pour effet de favoriser l'éclosion des troubles mentaux, en corroborant, suivant l'expression de M. Klippel, l'action de l'alcool chez une malade dont le système nerveux avait été déjà depuis longtemps touché par le poison exogène. Cette double action de l'alcool et des toxines hépatiques était d'ailleurs favorisée par la sclérose rénale, dont le rôle

néfaste, au cours des diverses intoxications, n'est plus à montrer.

DISCUSSION.

M. DUPRÉ. — On aurait peut-être pu rappeler à ce propos un cas un peu analogue de M. Maurice Faure, sur une insuffisance hépato-rénale. D'autre part, la ponction lombaire aurait permis d'éliminer des lésions inflammatoires subaiguës concomitantes. Il résulte des nombreuses conversations que j'ai eues avec Nissl que ce dernier considère la chromatolyse comme n'ayant aucun caractère particulier, tellement elle est banale.

M. GILBERT BALLET. — Il est très exact, comme le fait remarquer M. Dupré, que les lésions des cellules ne sont pas des lésions spécifiques d'une psychose polynévritique. Cette réaction de la cellule est en quelque sorte banale, à la suite de toute injure toxique ou infectieuse de la cellule. L'intérêt de cette lésion, c'est que c'est une lésion. C'est un point sur lequel je suis intransigeant. Jamais dans un cerveau normal, même en cas d'autopsie pratiquée plusieurs jours après la mort, je n'ai rencontré cette réaction cellulaire. Cette réaction n'a été constatée que lorsqu'il y avait une toxine : c'est la signature anatomo-pathologique du processus qui s'est produit du côté du cerveau. Il faut donc que l'injure toxique produite sur la cellule ait eu une certaine durée, et même une durée par trop longue, car ces lésions peuvent être réparables.

M. DUPRÉ. — Nissl dit que ces lésions se retrouvent dans une foule de cas sans symptômes cérébraux : chez les phtisiques, dans la fièvre typhoïde et chez les cachectiques.

M. GILBERT BALLET. — A l'heure actuelle, au point de vue des réactions cellulaires cérébrales, le problème se pose, le même qu'il y a quinze ans à propos des lésions nerveuses consécutives à la névrite périphérique. Dans la fièvre typhoïde, les névrites sont fréquentes ; il en est de même des réactions cellulaires cérébrales.

M. DUPRÉ. — Nissl lui-même proteste contre la tendance contemporaine à expliquer un symptôme par une lésion.

M. Gilbert Ballet. — Je suis du même avis. La lésion n'explique pas le symptôme : 1° parce qu'elle peut exister sans symptôme, et 2° parce qu'il peut y avoir symptôme sans lésion. La lésion est la signature d'une toxine.

Des cas de longue durée de la paralysie générale,

par M. Daniel Brunet

Les cas de paralysie générale qui atteignent et dépassent dix ans sont très rares. Je n'en ai observé que trois dans ma longue carrière.

Obs. I. — Le premier est celui d'un officier, né à Paris le 30 octobre 1813, entré à la maison de Charenton le 25 février 1898 après avoir été soigné plus de neuf ans dans sa famille, et qui mourut le 23 juin de la même année dans cette maison. Sa maladie a été attribuée à de graves préoccupations qu'il eut pendant son séjour en Afrique.

La maladie a été très lente, continue, sans rémissions marquées, a revêtu la forme démentielle et il a présenté un peu de délire ambitieux, seulement la dernière année. L'autopsie n'a pu être faite.

L'observation a été publiée dans les *Archives cliniques des maladies mentales* de Baillarger et je crois inutile de la reproduire ici.

La lenteur de la marche de cette affection me paraît due au peu d'intensité des phénomènes inflammatoires.

La deuxième observation est un cas de paralysie générale alcoolique et la troisième a revêtu la forme de démence apoplectique, pour laquelle elle a été prise.

Obs. II. — *Paralysie générale alcoolique. Marche lente. Durée vingt-deux ans. Atrophie des circonvolutions cérébrales de la région motrice. Opalescence des membranes viscérales du cerveau sans adhérences.*

Le nommé D..., né le 13 décembre 1818, cordonnier, est entré à l'asile de Sainte-Anne le 27 mai 1873, puis a été transféré à l'asile d'Evreux le 19 mai 1876. Il a commis beaucoup d'excès alcooliques. Il succomba le 17 janvier 1895.

20 *mai*. Il est atteint de paralysie générale caractérisée par de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole très mar-

qué, des mouvements convulsifs des lèvres, de l'affaiblissement de l'intelligence sans délire proprement dit, et de l'exagération du sentiment de la personnalité. Légère surdité, faiblesse de la vue. Il travaille assez bien à la cordonnerie.

Janvier 1881. Paralysie générale stationnaire. Légère agitation intermittente. Démence. Embarras de la parole, tremblement des muscles des lèvres et de la langue. Inégalité pupillaire. Idées puériles et vaniteuses. Bon ouvrier. Peu de mémoire.

Janvier 1891. La paralysie générale suit une marche progressive, mais lente. La surdité augmente beaucoup. Il n'est plus capable d'aucun travail.

Janvier 1894. Marche lente et continue de la maladie. Il réclame ses bottes et sa malle pour aller à Paris. C'est presque la seule idée qu'il émet depuis deux ou trois ans. Œdème des jambes.

Octobre 1894. Il s'affaiblit, garde le lit et succombe le 17 janvier 1895 après s'être affaibli progressivement.

Autopsie quarante-deux heures après la mort.

Valvule mitrale athéromateuse. Insuffisance aortique. Poumons emphysémateux. Beaucoup de petits kystes séreux des reins dont un assez grand nombre sont cicatrisés et ont laissé des dépressions à leur surface.

Taille, 1m70.

Poids des organes :

Poumon droit.	725	grammes
Poumon gauche.	425	—
Cœur.	1.375	—
Rate.	125	—

Encéphale :

Hémisphère cérébral droit. .	495	grammes
— — gauche.	495	—
Cervelet	130	—
Protubérance	15	—
Bulbe	7	—
Total	1.142	grammes

Les artères de l'encéphale sont athéromateuses.

Les os du crâne sont très injectés à leur face interne.

Opalescence des membranes viscérales du cerveau.

Pas d'adhérences de ces membranes à la substance corticale.

Atrophie des circonvolutions cérébrales au niveau de la région motrice.

Beaucoup de sérosité sous-arachnoïdienne et intraventriculaire.

Les nerfs optiques sont un peu plus consistants qu'à l'état normal.

La longue durée de la paralysie générale peut s'expliquer par l'intoxication alcoolique qui en a été probablement la cause, par l'âge avancé du malade, par le peu d'intensité des phénomènes inflammatoires qui n'ont pas produit d'adhérences des membranes à la substance corticale, n'ont produit que de l'atrophie.

. . . . .

Obs. III. — *Paralysie générale démentielle, à forme très lente, prise pour une démence apoplectique. Durée, douze ans. Lésions de la méningo-encéphalite plus marquées sur l'hémisphère gauche que sur le droit. Atrophie scléreuse très considérable.*

La nommée L..., née le 23 septembre 1848, dans le Doubs, mariée, cuisinière, domiciliée à Paris, a été transférée à l'asile d'Evreux le 3 décembre 1892, et elle y a succombée le 7 janvier 1893, à la dernière période de la paralysie générale.

8 *mai* 1885. Le début des accidents cérébraux remonte à quatre ans et a coïncidé avec la disparition d'un eczéma. Nombreux accès épileptiformes. Hémiplégie droite avec aphasie. Obtusion intellectuelle.

13 *mai* 1885. Affaiblissement des facultés mentales avec aphasie incomplète. Confusion dans les idées. Incapacité de se diriger, de pourvoir à ses besoins. Hémiplégie droite.

28 *mai* 1835. Affaiblissement des facultés intellectuelles avec confusion dans les idées. Excitation par intervalle. Aphasie incohérente. Hémiplégie droite.

2 *décembre* 1892. Démence apoplectique.

4 *décembre*. Asile d'Evreux. Démence complète. Troubles de la motilité prédominant à droite. Embarras de la parole considérable. Elle ne bégaye que quelques mots. Gâtisme.

7 *janvier* 1893. Elle succombe aujourd'hui après avoir présenté depuis hier des vomissements très abondants, bilieux, de l'inappétence.

Autopsie quarante-huit heures après la mort.

Taille, 1m57. Embonpoint notable. Pas d'escarres. Pas de lésions dans les organes de la cavité thoracique et abdominale.

Poids des organes :

Foie.	1.270	grammes.
Poumon droit	625	—
Poumon gauche	600	—
Rein droit	120	—
Rein gauche.	113	—
Rate	148	—

Encéphale :

Hémisphère cérébral droit.	463	grammes.
— — gauche.	430	—
Cervelet.	167	—
Protubérance.	13	—
Bulbe.	7	—
Total.	1.080	grammes.

Les lésions consistent en opalescence, épaississement très considérable des membranes du cerveau; en adhérences de ces membranes à la substance corticale de cet organe. On en rencontre sur le tiers postérieur des circonvolutions frontales transverses, sur les ascendantes, la pariétale supérieure, la première et la deuxième temporales, le tiers inférieur de la pariétale inférieure. Elles sont accompagnées d'atrophie de ces circonvolutions. Elles sont beaucoup plus marquées sur l'hémisphère gauche que sur le droit. La substance grise est plus colorée qu'à l'état normal, ramollie, facile à désagréger, tandis que la substance blanche est nettement indurée. Sur l'hémisphère gauche, la deuxième frontale transverse dans son tiers postérieur, la frontale ascendante dans ses deux tiers inférieurs, sont beaucoup plus atrophiées que les autres circonvolutions. Elles sont très résistantes, très petites, presque vermiformes comme dans la sclérose infantile.

C'est la première fois que je rencontre un cas de sclérose aussi marqué dans la paralysie générale.

Granulations de l'épendyme des ventricules très nombreuses, surtout sur le plancher du quatrième ventricule.

Le cervelet est volumineux et très sain. Les membranes s'enlèvent très facilement sans entraîner avec elles aucune parcelle de substance corticale.

Dans l'observation de paralysie générale dont la durée a été de vingt-trois ans, qui a été communiquée à la Société médico-psychologique par MM. Doutrebente et Marchand, on a observé un état à peu près stationnaire pendant une vingtaine d'années de la maladie.

J'ai rencontré plusieurs cas semblables, dont les deux suivants me semblent dignes d'intérêt. Pendant une durée de 28 et 30 ans nous avons constaté chez eux de la mégalomanie incohérente, de l'amnésie, quelques idées de persécution, de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire. Ces malades ont été transférés des asiles de la Seine et les médecins dans les services

desquels ils étaient placés ont diagnostiqué une paralysie générale ainsi que mes prédécesseurs à l'asile d'Evreux. J'ai fait comme eux. Avons-nous commis une erreur du diagnostic? Mais alors quel titre donner à ces observations? La péri-encéphalite diffuse, dans quelques cas rares, peut se terminer par la guérison. Pourquoi ne pourrait-elle pas aussi s'arrêter dans sa marche à la seconde période? Ces deux malades sont morts et j'ai le regret de n'avoir pu faire l'autopsie.

En voici les observations :

Obs. IV. — *Périencéphalite à la deuxième période, stationnaire pendant trente ans, Démence. Mégalomanie incohérente. Idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe. Embarras de la parole. Mouvements fibrillaires des muscles de la face.*

Le nommé B..., célibataire, négociant en vins et épicier, né à Ay (Orne), est entré au mois de septembre 1858 à Bicêtre et a été transféré à l'asile de Niort au mois de mars 1859.

Ce malade, d'une taille moyenne, a une bonne conformation de la tête. Vergetures à la face produites par la distension des vaisseaux. Pupilles égales et normales. A la suite de mauvaises affaires, il fut condamné à treize mois de prison pour dettes. Au bout d'un mois passé à la Roquette, il tomba malade et fut conduit à Bicêtre.

Aug. Voisin, de Bicêtre, et mon prédécesseur à l'asile de de Niort, M. Seraine, diagnostiquèrent une démence paralytique.

Janvier 1863. Le nommé B..., pendant quatre années que nous n'avons cessé de l'observer avec beaucoup de soins, n'a présenté aucun changement dans son état que je vais résumer.

Il s'imagine avoir des millions, être l'empereur, posséder en Hollande des propriétés immenses. Il a des maisons de commerce à Londres et à Paris où ses employés gagnent chaque jour pour lui des millions. Rien n'est du reste, dit-il, plus facile que d'en gagner à la Bourse. Il suffit pour cela d'acheter de nombreuses valeurs quand elles baissent et de les vendre quand elles haussent. Ses idées ambitieuses sont mobiles, incohérentes, et s'accompagnent d'hallucinations de l'ouïe. Il a des idées de persécution. Il entend des voix qui lui parlent de sa fortune, et qu'il attribue à des êtres invisibles d'une stature très petite et qui peuplent partout l'espace. Ces êtres ont souvent cherché à détruire sa santé et s'amusent à tourmenter les personnes, à produire des maladies. Plusieurs fois, ils lui ont fait éprouver

de vives douleurs dans le ventre. Ce sont eux qui font crier les agités de l'asile, qui les font mourir, etc...

Il prétend que nous sommes en 1866 et nous sommes en 1863, et a un grand nombre d'idées bizarres qu'il serait sans intérêt de rapporter ici. Il travaille du reste avec intelligence au jardinage et sa mémoire n'est pas notablement affaiblie. Il fait avec habileté tout ce qu'on lui commande. Pas d'énergie morale. Optimisme assez marqué. Il est bon prince. Pas de troubles de la sensibilité.

L'embarras de la parole est très léger.

Tremblement convulsif de la lèvre supérieure quand il parle, très prononcé quand il s'anime. On remarque aussi des convulsions des autres muscles de la face dans certains moments.

Mars 1883. J'ai revu ce malade à l'asile de Niort en 1883. Son état mental était toujours le même.

Il est mort le 4 avril 1888, des suites de marasme maniaque.

Obs. V. — *Périencéphalite à la deuxième période stationnaire pendant* 20 *ans. Démence, mégalomanie incohérente. Quelques idées de persécution. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Mouvements fibrillaires des muscles de la face.*

Le nommé F..., né en 1837, peintre en voitures, entré à l'asile de Sainte-Anne le 10 août 1869, est transféré à celui d'Evreux le 20 août 1870.

Depuis qu'il est séquestré, son état a peu varié ; il présente de l'agitation intermittente, des idées de grandeur incohérentes, de l'amnésie, un très léger embarras de la parole, des mouvements convulsifs des lèvres très marqués, de l'inégalité pupillaire. La pupille droite est beaucoup plus étroite que la gauche.

Il est maréchal de France, amiral, cardinal, empereur, membre de l'Académie de médecine.

Il a construit l'Elysée et les Tuileries, possède des châteaux, des millions, commande le soleil, la lune, les étoiles.

Au moment de son entrée à l'asile, il présentait quelques idées de persécution qui ont disparu.

Janvier 1890. Même état. Il est tranquille, ne veut pas travailler.

17 *septembre* 1896. Même état. Il succombe à une attaque d'hémorragie cérébrale du côté droit.

La séance est levée à 6 h. 1/4.

Blin et Dupain.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Journal of mental science.

ANNÉE 1900

I. — *Extrait d'un mémoire sur la nécessité d'isoler les aliénés phtisiques*; par le Dr Eric France (numéro de janvier). — Faire connaître la situation sanitaire des asiles au point de vue de la tuberculose, étudier les moyens les plus propres à enrayer l'envahissement toujours croissant du terrible mal, tel est l'objet de cette note.

Les documents qu'elle contient sont empruntés aux rapports des inspecteurs et à ceux de la commission des asiles londoniens. On y trouve indiquées en chiffres les mortalités comparées, par la phtisie et d'autres affections meurtrières, dans les établissements de l'Angleterre et du pays de Galles et dans ceux de la province de Londres de 1895 à 1898.

Un premier tableau nous montre la mortalité moyenne des asiles anglais. Si la paralysie générale y tient la tête avec 1.437 décès en 1895 et 1.322 en 1898, la tuberculose y vient immédiatement après avec 1.135 et 1.173 aux mêmes années. Après figurent, avec des chiffres plus faibles, les affections de la moelle (693 et 725), la pneumonie (504 et 534), la néphrite (232 et 262), le cancer (144 et 160), l'entérite (126 et 113). Le chiffre moyen de la population hospitalisée était en 1895 de 71.648, en 1898 de 79.983 aliénés.

Les décès des asiles de Londres, pendant la même période, sont indiqués dans un autre tableau. Leur population journalière étant en moyenne de 11.442 individus, le nombre total des décès a été de 4.182.

Les causes précédentes sont représentées comme il suit dans cette statistique aux années correspondantes. Paralysie générale, 301 et 227; tuberculose, 130 et 128; affections de la moelle 72 et 73; pneumonie, 50 et 72; cancer, 33 et 29; entérite, 21 et 26.

Dans les établissements de Clagbury, Colney Hatch, et Cane Hill, le nombre de décès certifiés par phtisie est de 69, tandis que les nécropsies ont permis de constater la phtisie chez 112 sujets. Comme on peut admettre une proportion semblable dans les autres asiles, pris à part, de l'Angleterre et du pays de Galles, les nombres qui indiquent la production de la phtisie dans ces asiles devraient être doublés pour être l'expression de la vérité.

M. France signale le danger public et déclare que le seul moyen sérieux capable de le conjurer est l'isolement. Son efficacité ne saurait être obtenue sans un diagnostic précoce qui est rendu facile par les injections sous-cutanées de tuberculine. Notre distingué confrère s'est livré sur ce point à des recherches intéressantes.

Il a soumis à l'expérience 75 malades et croit pouvoir affirmer l'excellence et l'innocuité de ces injections, aussi bien chez les phtisiques que chez les individus indemnes de tubercules. Les aliénés sont pesés tous les mois et tous ceux qui ont perdu 5 livres entre deux pesées, sans qu'on puisse expliquer cette déperdition par quelque cause physique ou mentale (sitiophobie, etc.,) sont classés comme suspects et soumis aux injections de tuberculine. Le suspect est mis au lit et sa température est prise avec soin toutes les trois heures. Si elle s'élève de 2 degrés Farenheit ou davantage pendant les douze premières heures, le diagnostic est acquis.

Sur les 75 opérés, 20 n'étaient pas suspects; ils ont servi pour le contrôle et n'ont pas été, d'ailleurs, incommodés par l'injection. Parmi les 55 restants, suspects, 45 ont offert la réaction spécifique. Sur ce nombre, 34 sont morts, dont 29 avec des tubercules, et 5 qui n'ont pas été autopsiés avec les signes cliniques de la phtisie; 11 phtisiques avérés vivent encore. Parmi les 10 aliénés qui n'ont pas offert d'hyperthermie, 5 sont morts et leurs poumons ont été trouvés sains; 5 sont encore vivants et bien portants.

Les faits qui précèdent sont encourageants. La pratique des injections serait une véritable pierre de touche capable de déceler dès l'origine la présence du microbe et constituerait, dès lors, un moyen prophylactique précieux. Le diagnostic, ainsi porté de bonne heure, permet d'isoler les malades avec fruit, avant que le mal n'ait fait des progrès

Cet isolement est le salut et deux moyens se présentent pour le réaliser : 1° l'érection d'un hôpital central pour tuberculeux

affecté à tous les asiles de la province de Londres ; 2° l'annexion à chaque asile d'un pavillon d'un prix modique. L'auteur avoue ses préférences pour un petit hôpital construit sur le terrain de chaque asile.

La lecture de ce travail a donné lieu à un intéressant débat au sein de la Société médico-psychologique. Une sous-commission, choisie dans le conseil de la Société, a été chargée de réunir des faits pour arriver à une solution pratique de l'assistance préconisée par M. France.

II. — *Les signes physiques de la folie ;* par le Dr Graham Crookshank (numéro de janvier). — Ils sont étroitement liés à certains modes d'activité ou à certains changements cellulaires ou moléculaires du tissu cérébral.

La clinique ordinaire est à même d'assigner à certains troubles fonctionnels, à l'amnésie par exemple, une origine somatique dans le cerveau. Les lésions de la mémoire qu'on observe chez les aliénés sont des phénomènes du même ordre, bien que l'agent morbide qui les produit échappe à notre vue. Ils sont de nature organique et l'auteur de ce travail s'attache à déterminer leur siège. Les idées qu'il expose sont originales et méritent d'être suivies. Les signes physiques de la folie sont étudiés à deux points de vue : leur aspect périphérique, leur origine dans l'organe cérébral.

Le plus saillant de tous est l'émotion qui s'exprime par le cri, aussi bien chez les sains d'esprit que chez les aliénés. Le cri résulte d'activités cellulaires qui sont concomitantes de la tristesse (?). Le centre émotif, d'après Jackson, représente le corps tout entier, mais le cœur et les viscères y ont un rôle prédominant. Un homme anxieux ou effrayé offre les signes physiques suivants : une innervation volontaire affaiblie, un certain degré de vaso-constriction, une contraction des muscles de la face et surtout une suractivité cardiaque. Le cœur est donc représenté dans le cerveau supérieur, puisque les changements psychiques ont pour conséquence une accélération du cœur. Le pouls rapide chez les aliénés répond à une perversion fonctionnelle de l'encéphale.

Le trouble cardiaque peut encore avoir sa source dans les centres inférieurs (états inconscients).

Très probablement, les viscères, comme les muscles, ont leur représentation aux divers étages de l'organe cérébral. C'est ainsi que la respiratien inconsciente dépend de l'étage inférieur des centres, qu'avec l'intervention de la volonté nous avons

des états conscients simples, qu'au cerveau supérieur appartiennent des états complexes qui se traduisent par un signe physique, l'arrêt de la respiration, l'attention (Ribot).

Les conceptions délirantes de nature viscérale sont rebelles au traitement parce qu'elles ne dépendent pas, le plus souvent, d'une maladie du viscère, mais qu'elles sont afférentes à une altération des centres nerveux. On ne supprime pas une paralysie de cause cérébrale en traitant le membre affecté. Le vice existe dans les cellules centrales, où réside la vie organique du viscère.

Cela posé, il semble que l'étude de certaines dispositions musculaires ou attitudes, de certains états viscéraux chez les aliénés, peuvent fournir des données sur l'état psychique, et en outre que la persistance de ces phénomènes peut être regardée comme la preuve de l'existence de maladies nerveuses localisées, de même que la persistance d'une idée ou d'un ton sentimental devient une preuve de folie.

Outre l'émotion, il existe chez les aliénés ordinaires d'autres signes physiques d'une lésion locale du cerveau. L'incohérence, les défauts de l'écriture, l'inaptitude à reconnaître, à lire à haute voix, qu'on observe dans la manie et la démence, correspondent clairement aux aphasies, agraphies de la clinique ordinaire, et sont l'expression d'un désordre fonctionnel défini. Ce sont des indices révélateurs d'une maladie cérébrale. De même, chez les déments, l'obtusion de la sensibilité, la longueur inusitée de la réaction sensorielle, démontrent, comme chez les tabétiques, un affaiblissement de la fonction nerveuse. De même encore, l'altération du mouvement chez les mélancoliques, véritable parésie, l'exagération du pouvoir reflexe et l'incoordination des maniaques, la débilité motrice des déments.

L'impotence musculaire des déments est, d'après l'auteur, imputable à une lésion de l'étage cérébral moyen. C'est une paralysie, et ce signe physique se développe graduellement chez les aliénés. Dans la mélancolie, il revêt la forme d'un simple affaiblissement de l'innervation, localisé aux zones supérieures; dans la manie, l'incoordination résulte de l'activité non refrénée de l'étage inférieur; dans la démence n'existent que des mouvements automatiques; et enfin le coma ne conserve plus que les mouvements des systèmes vaso-moteur et respiratoire.

Ces types progressifs de la maladie mentale ont été admis cliniquement par Sankey — mélancolie, manie, démence, coma. — Ils correspondent, remarque curieuse, aux stages

successifs de la paralysie générale, et montrent l'effacement graduel des centres supérieurs devant l'entrée en scène du centre bulbo-spinal.

M. Crookshank énumère ensuite quelques signes physiques de la folie en leur assignant leur siège anatomique dans l'encéphale :

1° Les perversions de l'odorat chez les persécutés ont leur source dans un vice d'association, localisé probablement dans le *gyrus fornicatus*.

L'obtusion de l'odorat chez les déments indique un défaut dans la transmission sensorielle ;

2° Les perversions visuelles des folies délusionnelles sont causées par une association viciée dans les circonvolutions marginales.

L'hémianopsie liée à la folie post-hémiplégique dépend de graves lésions unilatérales, ayant leur siège dans les lobes occipitaux ou dans les tractus inférieurs.

L'affaiblissement de la vue, du sens de la couleur, etc., si marqués dans la démence, indiquent un trouble dans les fibres de transmission..

La cécité verbale et psychique des maniaques et des déments est due à une lésion corticale des circonvolutions marginales.

3° Les paralysies et spasmes à forme récurrente et temporaire, la mydriase (unilatérale), le ptosis, le strabisme, le myosis, la rétraction palpébrale, se rattachent au trouble fonctionnel de la troisième paire ou de ses anastomoses. On les voit surtout dans la manie.

4° Le strabisme s'observe parfois dans l'excitation maniaque;

5° Dans la démence, l'obtusion sensorielle généralisée est liée à la lésion de la cinquième paire.

6° Le strabisme interne est commun chez les maniaques ; il est habituellement causé par la faiblesse temporaire d'un droit externe et par la lésion partielle ou totale du noyau de la sixième paire.

7° Le spasme ou la faiblesse des muscles de la face, l'asymétrie des frontaux, sont liés à l'affection de la septième.

8° Les hallucinations et illusions de l'ouïe sont le plus souvent causées par un défaut d'association ou autre des centres supérieurs (lobes temporo-sphénoïdaux).

La surdité est générale chez les déments ; la surdité verbale et l'aphasie amnésique s'observent dans la manie chronique, la

démence, etc.; elles dépendent d'une lésion étendue des mêmes lobes.

Les troubles fonctionnels dépendant du glosso-pharyngien (tremblement et déviation de la langue), ont peut-être une origine centrale. Ceux qui sont liés au spinal (respiration courte, non influencée par l'émotion), sont fréquents chez les déments.

Ces malades offrent aussi, à une phase avancée, le défaut d'expectoration par lésion des réflexes palatin et laryngé.

Enfin, la lésion du sympathique donne lieu au myosis paralytique, à la rougeur unitérale ou totale de la face, à l'éphidrose unilatérale (diverses formes de manie, épilepsie).

Les lésions des faisceaux sensoriels ont leur retentissement sur la sensibilité générale, le sens du toucher, celui de la température. La sensibilité est obtuse dans la mélancolie, plus atteinte chez les maniaques, plus encore chez les déments; elle est abolie dans le coma.

Les réflexes spinaux sont affaiblis dans la mélancolie, exagérés dans la manie (interruption de l'inhibition cérébrale), à peu près supprimés dans la démence.

Les troubles du mouvement indiquent une lésion du cerveau supérieur. Les mélancoliques imitent difficilement des mouvements nouveaux; à une phase avancée, ils sont impuissants à exécuter des actes compliqués. Les maniaques aigus n'ont que de l'automatisme. Chez les déments, la fonction se réduit à quelques mouvements volontaires bien organisés.

Pour l'état des muscles, on a noté un défaut de tonicité dans la mélancolie, l'exagération du pouvoir réflexe dans la manie, des degrés variables de dissolution, la catatonie, la rigidité cataleptique, la paralysie et la flaccidité (coma).

Quand le trouble somatique est très étendu, la moelle est impliquée dans ses cornes antérieures; la canitie, les lésions cutanées, sont liées à l'altération des centres trophiques, le relâchement des sphincters dépendant d'une affection des centres spinaux.

Les variations du pouls, faible et déprimé dans la mélancolie, plein et bondissant dans la manie, non altéré par l'émotion dans la démence, sont en rapport avec l'énergie de l'innervation et l'état de la fonction inhibitrice.

III. — *De quelques maladies cutanées rares affectant les aliénés*; par le Dr Theo B. Hyslop (numéro de janvier). — Dans cet intéressant chapitre sont étudiées les dermatoses suivantes :

anomalies de la pigmentation, pseudo-pellagre, herpès, pemphigus, adénome sébacé.

Le médecin de Bedlam signale, après le Dr Long Fox, l'influence des émotions violentes sur la production et l'accumulation du pigment et il attribue ces accidents à un trouble du sympathique. Le cas de Laycock est curieux : il concerne une femme qui, pendant la Révolution française, fut poursuivie par la populace. Sous le coup de l'épouvante, son corps prit tout entier une teinte noire qui lui resta jusqu'à sa mort, trente-six ans plus tard. Le changement avait été graduel et affectait inégalement les divers points de la surface cutanée. Le même auteur rapporte l'histoire d'une femme hystérique qui, à chaque grossesse, offrait de la mélanose avec hyperesthésie de la peau du front, des paupières et de la face. M. Hyslop présente des photographies d'aliénés atteints d'anomalies pigmentaires. L'un d'eux avait subi un surmenage d'affaires et présentait des taches symétriques au front, au cou, aux doigts et autour des yeux. Plus tard apparurent d'autres dépôts sur le pénis, au gland, au pubis, aux fesses, au creux axillaire, au dos et aux cuisses. Il tomba rapidement dans la démence et, dans la suite, la pigmentation tendait à disparaître.

Dans les *Annales médico-psychologiques* de 1876 est mentionné un cas de mélanopathie chez un paralysé général.

Enfin le journal des *Obstetrical Transactions* donne l'observation d'une femme qui, à partir du troisième mois de grossesse, était affectée de mélanose. La dyscrasie pigmentaire, peu marquée d'abord, s'accentuait jusqu'à la délivrance pour disparaître après. La mère de cette malade avait présenté le même phénomène.

Trois cas de pseudo-pellagre ont été vus par notre confrère. L'érythème des mains aurait pu être attribué à l'action solaire. Il s'est produit rapidement, en quarante-huit heures, et a été suivi de desquammation. Chez ces malades exposés au soleil, la peau devient terne, se fendille, s'épaissit en certains points, s'amincit en d'autres. L'épiderme se brise, laissant à découvert des espaces rouges qui suintent. Les affections pellagroïdes doivent être distinguées de la vraie pellagre (Febvre).

La « peau ansérine » est un aspect de la peau qu'on observe chez les individus affaiblis. Chez eux, le tégument se dessèche, prend l'aspect du parchemin et s'exfolie. L'action solaire n'est pour rien dans cette lésion.

En 1867, Brunet a étudié les effets de l'insolation sur les

aliénés et il croit pouvoir les rapprocher de la pellagre, en raison des symptômes généraux qu'ils déterminent : fièvre, insomnie, irritation gastro-intestinale. Les trois malades de M. Hyslop, trois femmes, n'ont eu que des manifestations cutanées, sans retentissement sur l'économie. Chose curieuse, l'une d'elles avait séjourné quinze ans sous les tropiques sans avoir la moindre altération de la peau, et a été prise à l'asile, après une exposition très courte au soleil, d'une éruption pseudo-pellagreuse.

Brierre de Boismont croit que la pellagre complique rarement la folie; mais Legrand du Saulle a rapporté des faits qui prouvent le contraire, et le Dr Howden a publié dans le *Mental* une observation dans laquelle l'erythème et la diarrhée sont survenus six mois après l'invasion du trouble mental. A vrai dire, l'exposition au soleil n'est pas étrangère à cette complication.

S'agit-il d'une pellagre ou d'une affection pellagroïde? L'auteur ne croit pas à la vraie pellagre dans les asiles. Des phénomènes semblables s'observent chez les alcooliques chroniques atteints de névrite périphérique, chez les déments et les paralysés généraux, et Roussel les a désignés sous le nom de pseudo-pellagre. Les trois malades de M. Hyslop étaient des maniaques d'un type incurable.

C'est en paralysant les nerfs que les causes émotionnelles produisent la suppression du pigment cutané. Long Fox l'a vue liée à des troubles utérins. L'origine nerveuse du vitiligo est encore démontrée par Godlee. Notre savant confrère a observé un cas intéressant de dyscrasie pigmentaire chez une femme de quarante-six ans, atteinte de manie récurrente. Au début de chaque accès, cette malade offrait une décoloration de la lèvre supérieure. Avec les progrès de l'agitation, le phénomène disparaissait. Il n'existait pas chez elle de trouble utérin. J'ai publié autrefois dans le *Journal de médecine de Bordeaux* deux observations de vitiligo, où la nature nerveuse de l'affection semble bien établie.

L'étiologie de l'herpès et du pemphigus est difficile à élucider. On a noté leur fréquence dans la paralysie générale. L'herpès est souvent localisé, chez les paralysés généraux, dans la zone d'innervation de la branche supérieure du trijumeau. L'atrophie et la dégénérescence des nerfs sous-jacents ont été constatées par Déjerine, dans un cas ou des bulles de pemphigus s'étaient montrées aux jambes et aux avant-bras du malade, peu de temps avant la mort.

Le diagnostic des affections bulleuses simples avec la dermatose syphilitique est malaisé. Tous les malades observés par l'auteur avaient des antécédents syphilitiques et étaient parvenus au dernier terme de la paralysie générale. Il voudrait réserver à cette forme d'éruption le nom de *pemphigus parasyphilitique.*

L'adénome sébacé est rare. Il est caractérisé par la formation de petits nodules disséminés sur la face, confluents aux joues et s'étendant vers le front et le menton. On en connaît une vingtaine de cas, dénommés diversement par les auteurs : *épithélioma adénoïdes cysticum*, *fibroma rubrum*, *adenoma sebaceum.* Jacquet et Davies l'ont décrit les premiers sous le nom de *hydradénome éruptif.* En 1899, le Dr Barr de Pensylvanie, en a décrit trois cas. L'éruption se présente sous la forme de papilles convexes, la plupart fortement colorées, quelques-unes translucides. Lorsqu'elles sont agglomérées, elles ont un reflet brunâtre qui pâlit par la pression. Elles siègent à la face, où leur disposition est symétrique autour des ailes du nez et dans les sillons naso-labiaux. L'affection débute pendant l'enfance et acquiert son entier développement à l'âge pubère. Parfois les tumeurs dégénèrent, laissant à leur place de petites cicatrices. L'adénome sébacé peut s'associer à d'autres maladies de la peau. Chez une maniaque puerpérale, il se compliquait d'acné miliaire, de seborrhée et d'une pigmentation pellagroïde.

IV. — *L'évolution de l'architecture d'asile; principes qui devraient servir de base à une construction moderne*; par le R. H. Steen (numéro de janvier). — Dans cette étude très abondamment documentée sur les asiles de son pays, l'auteur assigne quatre époques au mouvement de réforme qui s'est produit touchant le traitement des aliénés et les établissements qui les reçoivent.

La première est celle d'abandon absolu, qui s'étend jusqu'à la fin du XVIIIe siècle. A vrai dire, Bedlam (1547) et Saint-Pierre de Bristol (1696) existent alors, mais ne sont pas spécialement affectés aux aliénés. La seconde marque une période transitoire : l'ouverture de la retraite d'Yorck et la folie du roi déterminent un mouvement décisif en faveur des aliénés. L'action de commissions parlementaires conduit à la promulgation de la loi de 1808, qui autorise l'assistance facultative. Ce n'est que beaucoup plus tard, en 1845, qu'elle est rendue obligatoire pour les comtés et les bourgs. En 1844, on compte en Angleterre et dans le pays de Galles 17.000 aliénés pauvres,

dont 4.500 seulement sont reçus dans les asiles. Ces établissements sont peu nombreux et ressemblent à des prisons. Dans la troisième époque, le traitement s'organise. Les lois de 1845 pour l'Angleterre, de 1857 pour l'Ecosse, améliorent enfin la situation de ces malades, et l'idée de constructions nouvelles s'impose à l'opinion. Le non-restraint de Gardiner Hill et de Conolly est mis en honneur et l'asile de Derby est créé (1851). L'établissement de la ville et du comté d'Hereford marque un progrès plus avancé. Il faut noter dans le même groupe l'asile de Glascow, élevé en 1875, pour 600 malades.

La fin de cette période se confond avec la période moderne, dans laquelle l'asile d'Hereford pourrait à la rigueur être compris. La dernière formule de l'architecture spéciale, celle dont l'auteur se déclare partisan, est celle des bâtiments séparés, reliés par des galeries, dont le premier spécimen est Saint-Thomas de Londres, commencé en 1866, terminé en 1871. Ce système est celui qu'il faut préférer, sauf pour les asiles de dimensions énormes dont les différents organes sont très éloignés les uns des autres.

La forme des asiles est variable. Elle est le plus souvent linéaire, elle peut être en H (Leavesden), en échelon (Claybury). A ce dernier type correspondent plusieurs variantes : la forme quadrilatère, qu'on préfère pour les petits asiles (West-Sussex, Wertford), la forme en V (Glocester), en croissant (Bescley Heath).

En même temps que le progrès s'affirme en Angleterre, nous assistons en Ecosse à l'érection d'hôpitaux annexes. Edimbourg, Perth, Montrose, en sont d'abord pourvus. L'exemple a été suivi pour de nombreux asiles du nord de l'Angleterre.

L'asile de Gartloch représente le type de ces établissements. Il est aménagé pour 150 malades.

L'auteur mentionne le nouveau système des ***asiles villages***, formés de constructions indépendantes et éloignées les uns des autres. Ils abondent en Amérique et en Allemagne, comme le montre la statistique ci-après :

Berlin possède les établissements suivants :

Herzberge, fondé en 1893.	1.050 lits.
Dalldorf, fondé en 1881.	1.300 —
Biesdorf, fondé en 1893.	750 —

En Saxe, on trouve le célèbre asile d'Alt-Sherbitz, commencé en 1876, terminé en 1891, qui reçoit 961 aliénés.

En Amérique ont été créés les asiles de Kankakee, de Toledo, en 1883 (1.220 lits); de Dakota, de Willard, de l'état de Saint-Laurent, commencé en 1888 (1.200 lits); l'asile privé de Marc Lean, à Boston, qui admet 200 pensionnaires.

Ce type d'asiles a l'avantage de réaliser une assistance économique et de se prêter à un classement plus minutieux des formes mentales; mais avec lui la surveillance est illusoire, le service économique laborieux; de plus, il s'oppose à la réunion des aliénés, quand elle est jugée salutaire pour leur traitement moral.

Nous ne pouvons insister sur les détails descriptifs et sur les remarques critiques qui donnent à ce travail une réelle importance. Son auteur donne à la fin sa note personnelle sur le manicome moderne, tel qu'il voudrait le voir établi dans son pays.

Sur un terrain léger et perméable, à une altitude modérée, doucement incliné au midi, s'élève l'asile. Il est placé au centre du district, à proximité d'une grande ville et facilement accessible. Il est abondamment pourvu d'une eau de bonne qualité (180 litres par jour et par malade). Une ferme y est annexée avec un terrain de culture d'une étendue suffisante (82 hectares pour 800 aliénés). Il est bâti d'après le type de l'asile de West Sussex. Le pavillon d'entrée, orienté au Nord, comprend au rez-de-chaussée le logement du concierge, l'installation d'un téléphone, les bureaux de la direction, la salle de la commission, le cabinet du médecin adjoint et des lavabos. La salle d'admission, dans le même bâtiment, est pourvue d'une bascule et d'une toise, et l'on peut y installer un atelier d'artiste, éclairé du côté du Nord. Le bâtiment est traversé par de nombreuses galeries vitrées qui servent de parloir. Au premier étage sont logés les médecins-adjoints et la surveillante en chef avec des escaliers indépendants. Les servantes et les veilleuses de nuit occupent le second étage.

L'asile proprement dit se compose de pavillons reliés par des corridors. Le corridor principal est formé de quatre côtés suivant les quatre points cardinaux. L'axe médian sépare les deux sexes et l'on y trouve les magasins, la cuisine, la salle de récréation et la chapelle. L'auteur préfère, à un réfectoire commun, des salles à manger dans chaque quartier de malades. Les quartiers sont au nombre de quatre : infirmerie, épileptiques, agités, chroniques.

L'infirmerie, destinée aux vieillards et aux infirmes, est

formée par deux ailes parallèles réunies par une galerie perpendiculaire. Dans l'une est un petit dortoir et une salle de jour, dans l'autre un grand dortoir. Au nord de la galerie sont des chambres d'isolement. Fermé par une paroi vitrée, le grand dortoir peut être aisément surveillé de la galerie. Enfin, le quartier est entouré d'une vérandah.

Si l'asile est favorisé d'un hôpital, cet organe trouve sa place sur le corridor sud entre les deux sections. Sa disposition est symétrique. Au rez-de-chaussée est une salle de neuf lits, reliée au corridor principal par une courte galerie, de l'autre côté de laquelle se trouvent une salle de jour pour convalescents, des cellules dont une matelassée, un magasin, un office, la chambre des infirmiers, et une salle de bains à l'entrée du quartier. Sur le corridor même, à l'extérieur, s'ouvrent les salles d'opération, d'examen clinique, et la pharmacie. Au premier étage sont des chambres d'isolement, un dortoir pour le personnel malade et un autre petit dortoir. Du côté des femmes, on a ajouté le logement de la surveillante adjointe et une salle pour gâteuses. Ce quartier peut servir à l'observation des nouveaux admis, au traitement des maladies intercurrentes et à l'isolement des cas suspects.

Le pavillon des épileptiques se compose d'une grande salle de jour et d'un dortoir communiquant par de grandes portes vitrées, pour faciliter la surveillance.

Le quartier des agités est, comme les autres quartiers de l'asile, du type à galeries, avec des salles de jour plus spacieuses et des dortoirs plus petits.

Enfin, les bâtiments de chroniques et de travailleurs comprennent de grandes salles de jour au rez-de-chaussée et des dortoirs à l'étage, avec un nombre restreint de chambres séparées pour les malades turbulents.

V. — *Une crise d'épilepsie (état épileptique), suivie après six semaines d'une attaque de chorée, chez une malade atteinte de folie puerpérale aiguë*; par le Dr C. Easterbrook (Notes cliniques de janvier). — La malade, âgée de vingt-deux ans, non mariée, employée, est traitée pour une folie puerpérale. C'est une héréditaire. Un oncle paternel s'est suicidé, un autre est mort d'une affection du cœur. La phtisie existe dans la lignée paternelle. La mère est rhumatisante, une sœur de la mère est imbécile et son grand-père maternel est mort paralysé. La malade est fortement nerveuse. Elle a présenté, vers l'âge de huit ans, des vertiges conscients, sans chute. A quatorze ans, à la suite d'une

frayeur, elle a une crise de chorée qui a duré quatre mois, impliquant la face et les membres et un peu la langue.

Pubère à quinze ans, elle a eu depuis cet âge quatre accès de folie : à quinze ans, une attaque de mélancolie stupide; dans la même année, une manie aiguë avec nymphomanie; à seize ans, un accès de folie rémittente suivi d'un état de stupeur qui a duré deux mois; à dix-neuf ans, une nouvelle crise maniaque à forme récurrente. Elle a offert pour la première fois pendant ce quatrième accès un bruit mitral systolique.

La malade n'a jamais eu de rhumatisme.

Pendant deux années consécutives elle a mené une vie désordonnée et elle a fini par mettre un enfant au monde. L'accouchement a été laborieux et a réclamé l'emploi du forceps.

Il s'est compliqué de pertes abondantes et de syncopes. Le 8[e] jour, le trouble mental est apparu, marqué par une agitation violente et un désordre absolu des actes. La malade détruit tout, chante, siffle, crache autour d'elle. Elle a de la fièvre (144 p., 101° F.), et de la dilatation pupillaire. Le cœur est le siège d'un bruit mitral rude et prolongé. Les seins sont gorgés de lait, les lochies peu abondantes.

Dix-neuf jours après l'accouchement, l'agitation fléchit et elle a une attaque d'épilepsie suivi d'un état comateux, au cours duquel de nombreuses attaques se produisent. Elles ont une forme chronique et la malade, en huit jours, n'en a pas eu moins de cent.

L'examen de l'urine n'a pas permis de les confondre avec des manifestations éclamptiques.

Pendant tout le temps qu'ont duré ces crises, la fièvre a été ardente (102° F), et le coma a persisté sans interruption.

Mais cette phase grave a été suivie d'un retour de l'agitation maniaque sous une forme bénigne, marquée par de l'exaltation avec délire joyeux. Six semaines s'écoulent et la chorée fait son apparition, affectant la face et les membres supérieurs. A ce moment, le bruit mitral s'est renforcé, il se propage dans l'aisselle et donne l'idée bien nette d'une lésion organique.

Enfin, la crise choréique s'est amendée, au bout d'une quinzaine, sous l'influence du traitement arsenical; le trouble mental s'est graduellement apaisé, et la malade est sortie guérie, après quatre mois de séjour à l'asile.

Cette femme a eu l'année suivante une nouvelle grossesse et a présenté pendant l'allaitement deux attaques successives de

mélancolie et de manie. Traitée sans succès par le tissu de glande mammaire, elle est entrée dans une nouvelle période de dépression qui s'est terminée par la guérison.

Enfin, après une dernière parturition récente, l'allaitement a déterminé chez elle une crise maniaque subaiguë avec symptômes hystériques bien caractérisés. Cet intéressant cas clinique montre chez la même malade l'association de la folie avec trois névroses : l'épilepsie, la chorée et l'hystérie.

VI. — *Les sentiments*; par le Dr Harry Campbell (numéro d'Avril). — Ce travail est divisé en deux chapitres. Dans le premier, les sentiments sont étudiés au point de vue purement psychologique ; le second est consacré à la psycho-physiologie.

Ils sont très heureusement résumés dans les lignes suivantes.

A. — Les sentiments embrassent les sensations et les émotions.

Les sensations sont les sentiments qui sont nettement rapportés au corps.

Les émotions, tout en procédant en réalité des sensations et en particulier de certaines sensations provenant de parties du corps influencées par les émotions, ne sont pas nettement afférentes au corps ; c'est pourquoi on les a dénommées parfois « sentiments de l'âme ».

Les émotions étant formées de sensations (physiques), les sensations agréables sont aptes à faire naîtré des émotions agréables ; au contraire, les émotions seront pénibles si les sensations sont pénibles.

Les individus offrent de grandes différences pour la capacité sensitive, tant sous le rapport des simples sensations que des émotions.

Ces variations dans la capacité sensitive déterminent des différences dans les tendances observées dans l'espèce humaine; elles sont un obstacle à l'entente entre individus ; elles sont la cause de bien des conflits dans la société.

Les individus pourvus d'un sentiment restreint sont limités dans leurs sympathies et n'ont qu'un faible contact avec l'humanité — et inversement. Il importe au médecin de palper en quelque sorte les sentiments de son malade ; sinon il pourra méconnaître le cas morbide et se tromper sur le traitement.

De même que les sensations tendent à éveiller des émotions en harmonie avec elles, de même les sentiments (sensations et émotions) tendent à provoquer la production d'idées qui leur

sont adéquates ; les sentiments gais font naître des pensées gaies, les sentiments pénibles des pensées pénibles. Donc, les sensations physiques ont une grande influence sur l'idéation.

Les sentiments influencent la conduite ; la vie consciente est, vue de haut, un effort constant pour obtenir des sentiments agréables et éviter les sentiments pénibles.

Il est manifeste que les sentiments constituent une très large part de l'individualité mentale ou du *moi*.

B. — L'instrument nerveux sensoriel, cette partie du système nerveux qui est en rapport avec les sensations, peut être comparé à un orgue. Les fibres sensorielles de l'écorce sont les tuyaux, les appareils terminaux forment le clavier. Quand le clavier est mis en jeu, l'orgue résonne ; le clavier sensoriel est-il touché ? la sensation naît.

Lorsque certaines notes de ce clavier organique sont frappées (rétine, nerf auditif), il en résulte des sensations intellectuelles de la vue et de l'ouïe. Le jeu des autres notes donne des sensations non spécialisées, non intellectuelles.

Leur collectivité forme un volumineux registre sensoriel que nous désignons sous le nom de cœnesthésies. Elles peuvent être classées en deux groupes, suivant que les sensations engendrent le bien-être ou le malaise.

On a déjà vu comment les sensations influencent les émotions et comment ces deux sortes de phénomènes agissent sur l'idéation et la conduite. Aussi, lorsque la cœnesthésie est agréable, c'est-à-dire lorsque il existe un sentiment de bien-être, il doit en résulter un état émotif agréable et des pensées heureuses ; si la cœnesthésie est pénible, c'est-à-dire s'il y a malaise, il se produira des émotions pénibles et des pensées tristes.

Les agents qui, mettant en jeu le clavier sensoriel, produisent la cœnesthésie, consistent pour la plupart en stimulants chimiques qui circulent dans les fluides de l'organisme.

Ces stimulants peuvent être sommairement distingués : en excitants et toniques d'une part, et déprimants de l'autre.

Si les premiers sont en prépondérance, la cœnesthésie est agréable ; elle est pénible quand les seconds sont en excès.

Il suit de là que la cœnesthésie ne dépend pas seulement de la constitution, de l'instrument sensoriel, mais aussi de la façon dont il vibre, c'est-à-dire de la quantité et de la nature du stimulant chimique mêlé aux fluides de l'économie. Ce facteur étant déterminé par le métabolisme des tissus, ce métabolisme est la source de la cœnesthésie.

Puisque la cœnesthésie influence les émotions, la conduite, l'esprit; le *moi*, trinité qui résume le sentiment, la volonté et l'idéation, est largement déterminé par ce métabolisme.

VII. — *Du langage épileptique*; par le Dr Campbell-Clark (numéro d'avril). — Quinze épileptiques, examinés à deux époques différentes, servent de base à cette étude. Elle a porté: sur la mentalité des malades, en distinguant l'état émotif de l'état intellectuel; sur la fonction du langage, envisagée au double point de vue objectif et subjectif; sur le mécanisme vocal et son innervation; enfin, sur les variétés individuelles.

Les observations de l'auteur permettent d'établir: 1° Qu'il se produit, avant et après les crises, une amnésie et une dysphasie marquées; 2° que lorsqu'il existe une excitation émotive, ces troubles sont en rapport avec le degré de cette excitation; 3° qu'avec le retour de l'état mental habituel et la disparition de la tension nerveuse, une réaction survient qui altère la faculté du langage en réduisant l'énergie des centres de la motilité et de la mémoire.

Les malades ont conscience de leur langage défectueux, bien qu'ils se refusent à le reconnaître (surtout au début). Ils sont anxieux et font des efforts manifestes, scandant les mots par crainte de se tromper. Parfois on les voit user de périphrases, employer des adjectifs inutiles. Conscients de leur gêne, ils sont sous le coup d'un état émotif qui exagère encore les tremblements et les lacunes du langage. C'est que l'émotion exerce sur cette fonction une influence réelle, et l'on doit en tenir compte dans l'appréciation du langage aux différents âges de l'épilepsie. En même temps qu'il est troublé, on constate une mimique animée et expressive qui dénote manifestement l'état émotif chez le malade. L'amnésie est imputable à deux causes: l'altération de la mémoire, de la faculté de retenir, ou la perte de la réminiscence, de l'aptitude à reproduire les mots recueillis par le cerveau. Comme son intensité varie suivant les époques, elle est produite le plus souvent par le dernier mécanisme. Toutefois, il faut admettre que la pauvreté bien connue du vocabulaire des épileptiques doit provenir du trouble même de la mémoire. L'aphémie extrême est rare; quand elle existe, sa durée est très courte avant et après les crises.

Le nom de dysphasie convient mieux à ce désordre fonctionnel, dans lequel les mécanismes vocal et respiratoire sont impliqués. Le phénomène reconnaît pour cause une innervation défaillante et un manque de coordination synchronique. Alors

on observe un langage faible, bégayant, saccadé, des mouvements ralentis ou spasmodiques de l'appareil glosso-labio-dentaire. L'atteinte portée à la phonation se reconnaît au fléchissement de la voix à la fin des phrases. Le tremblement des muscles de la face, celui de la voix, sont l'indice d'une innervation instable.

La bradylalie (parler lent), l'écholalie sont d'une observation assez fréquente. L'agraphie n'a pas été notée, mais l'écriture d'épileptiques priés de signer leur nom, offrait un tremblement tantôt continu, le plus souvent interrompu, rappelant l'alcoolisme.

VIII. — *Relation entre l'alcoolisme et le suicide en Angleterre, en se rapportant spécialement aux statistiques récentes*; par M. le Dr W. C. Sullivan (numéro d'avril). — La comparaison des deux statistiques de l'alcoolisme d'une part et du suicide de l'autre, est le moyen employé par le Dr Sullivan pour élucider ce grave problème de sociologie.

Il examine d'abord le mouvement de l'alcoolisme dans ces dernières années. D'après les *Registrar general's returns*, le nombre des décès par intempérance était, en 1865, de 35 par million. En 1897, cette proportion s'élevait à 76. Si l'on consulte les tables de consommation de l'alcool et de la bière, les chiffres ne sont pas moins éloquents. Ceux-ci sont empruntés au rapport de la *Licensing Commission* et donnent la consommation par tête de 1842 à 1898. On voit dans ce tableau que de 1842 à 1846, chaque individu a consommé 0,89 de gallon de spiritueux et 20 gallons de bière.

Si nous passons à la dernière année 1898, la consommation est respectivement de 1,05 et 32 gallons. Si l'on tient compte de la propagation énorme du thé et du nombre toujours croissant des « abstainers, » on est frappé de l'augmentation de l'alcoolisme dans le Royaume-Uni.

Le mouvement du suicide offre une progression correspondante.

De 1861 à 1870, les *Registrar general's returns* indiquent 65 suicides par million d'habitants; de 1871 à 1880, ce rapport est de 70; de 1881 à 1890, il est de 77 suicides avec une augmentation de 18 p. 100. On peut objecter il est vrai, qu'autrefois la mention des suicides était moins fidèle, mais l'accroissement n'est pas moins net pour les tentatives simples. De 1867 à 1871, elles se produisent dans la proportion de 35,5, par million; de 1892 à 1896 elle est de 57,9. Cette augmentation

de 78 p. 100 des tentatives démontre un accroissement réel, et il est permis d'en conclure que le mal s'aggrave constamment.

Le progrès du suicide est hors de proportion avec celui de la population. Il faut retenir encore des chiffres qui précèdent que l'accroissement relatif des tentatives dépasse de beaucoup celui des suicides réalisés. L'auteur s'arrête sur ce fait auquel il donne une importance majeure.

Il faut voir dans les deux ordres de phénomènes une cause identique, dont l'influence dominerait dans la tentative et serait moins active dans le suicide consommé.

Quelle est cette cause? Pour la découvrir, l'auteur recherche par quels aspects la tentative se distingue du suicide vrai.

Parmi les facteurs susceptibles de pousser à la destruction de soi-même, il en est qui sont particuliers à une nation : le climat, la race, la politique ; d'autres agissent sur toute collectivité : l'âge, le sexe, la saison, la religion. Il convient d'examiner comment ces influences s'exercent sur les deux groupes de faits.

Le sexe d'abord. Chez les femmes anglaises, les suicides vrais se produisent dans la proportion de 25 p. 100, le pourcentage est de 27 pour les tentatives. L'action de ce facteur est donc sensiblement la même pour les uns et les autres.

L'influence de la saison paraît nulle sur la détermination des suicides vrais et des tentatives. Mais le résultat est tout autre avec l'âge.

D'après les registres de la mortalité, les hommes ont leur maximum de suicides vrais entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans, le pourcentage étant 55. D'autre part le maximum de tentatives s'observe entre trente-six et quarante ans, avec un pourcentage de 46,7. Chez les femmes les suicides vrais se produisent surtout entre trente-cinq et quarante-cinq ans, les tentatives entre vingt et un et trente ans. Ces chiffres montrent que dans les deux sexes, les tentatives ont lieu à une époque moins avancée de la vie.

L'influence saisonnière est nulle dans la détermination des deux groupes d'actes.

Pour la religion, l'Irlande fournit une remarque intéressante. Avec le catholicisme, on y constate un chiffre assez faible de suicides vrais (28 par million), et une proportion de 37 par million de tentatives, résultant probablement d'autres causes.

Les moyens diffèrent dans les deux sortes de manifestations. Dans la tentative, on voit la pendaison employée seulement

7,6 fois sur 100; ceux qui s'y livrent, préfèrent la noyade et le poison (57,3). Au contraire, la pendaison est commune chez les vrais suicidés. Si l'on rapproche ce fait de la remarque précédente sur l'âge, on comprendra que les jeunes suicideurs auteurs de tentatives se pendent rarement. Dans l'année 1890-1891, chez les individus âgés de moins de quarante-cinq ans, le pourcentage de suicides était : par pendaison, 33,5; par noyade, 47,5; par poison, 50.

En somme, les deux ordres de phénomènes ne sont pas influencés par la saison et le sexe; ils diffèrent par la forme (les méthodes impulsives étant préférées dans les tentatives), par l'influence religieuse et par l'âge.

Cette tendance manifeste qu'ont les tentatives à se produire dans le jeune âge, se remarque chez une catégorie de suicideurs vrais, les alcooliques. Les tables du Dr Tatham (1890-1892), montrent que les groupes professionnels qui s'adonnent à l'alcoolisme, ont fourni 404 cas de suicide au-dessus de vingt-cinq ans ; sur ce nombre, 220, soit 54 p. 100, se sont produits avant quarante-cinq ans.

Le tableau suivant, que nous croyons utile de reproduire dans son entier, montre l'influence de l'alcoolisme sur l'âge des suicidés. L'ouvrier ordinaire y sert de terme de comparaison, et est représenté par 100.

	25 ans.	35 ans.	45 ans.	55 ans.	65 ans.
Ouvriers.	100	100	100	100	100
Alcooliques avérés . . .	181.9	188.6	131.7	147.4	157.2
Cabaretiers (alcooliques nombreux).	260.3	246.8	166.9	156.2	100.9
Agriculteurs (sobres) . .	64.2	68.8	70.6	78.1	86.6

Il paraît démontré par ces chiffres que les suicides des alcooliques ont lieu, de préférence, à une époque peu avancée de la vie, et ils ont ce point de ressemblance avec les tentatives, les formes impulsives.

Cette ressemblance doit résulter d'une identité d'origine. En effet, la tentative avortée dépend chez les aloooliques d'un automatisme cérébral, développé sous l'influence de l'intoxication chronique, qui détermine l'impulsion dans les conditions les moins favorables à sa réussite. On a vu que le sexe, la saison n'ont aucune action déterminante sur les deux groupes de faits, suicides vrais et tentatives de suicide; que le culte religieux paraît être étranger à la statistique de ce phénomène social. Si l'on remarque enfin que les méthodes d'exécution

directe et simple, propres aux tentatives, appartiennent surtout à l'alcoolisme, on trouvera juste la théorie qui fait dépendre de l'alcoolisme le plus grand nombre des tentatives de suicide.

Dans quelle mesure l'alcoolisme contribue-t-il aux progrès du suicide ?

A priori, on peut supposer que l'agent qui produit l'augmentation des tentatives avortées déterminera aussi un accroissement des suicides consommés, et que ces derniers auront des caractères conformes aux impulsions de l'alcoolique précédemment étudiées. Cette hypothèse est confirmée pour l'âge.

De la période 1861-1870 à la période 1881-1890, l'augmentation des suicides par million d'habitants a été de 19,1 p. 100 chez les hommes, de 8,3 p. 100 chez les femmes. C'est entre vingt-cinq et soixante-cinq ans chez les uns, vingt et cinquante-cinq chez les autres, que les trois quarts des suicides se produisent. Or si l'on recherche les chiffres d'accroissement par décades, on trouve que c'est aux âges les plus jeunes, de vingt-cinq à trente-cinq ans pour les hommes, de vingt à vingt-cinq ans pour les femmes, qu'il est le plus fort. Les modes d'exécution, la noyade et l'empoisonnement, sont aussi les plus répandus pendant ces périodes. Ils dénotent la forme impulsive de l'acte, et contrastent avec la pendaison qui nécessite une préparation plus lente.

Cette forme est prépondérante en Irlande, et l'alcoolisme est probablement le premier facteur du suicide dans cette contrée. Dans l'Ulster, où l'alcoolisme a fait moins de ravages, le suicide par pendaison, 32,1 p. 100, est plus fréquent que dans le reste de l'Irlande (23 p. 100). La suite de cette étude, très documentée, est consacrée à l'action de l'alcool sur les groupes sociaux.

Le tableau que nous avons sous les yeux indique la mortalité comparée chez les alcooliques, les hépatiques et les suicidés appartenant à diverses professions. Il montre une corrélation constante entre l'alcoolisme et le suicide, surtout chez les professionnels notoirement buveurs. Une exception existe cependant pour les médecins et les horlogers qui, non suspects d'intempérance, fournissent une proportion anormale de suicides. De même les marchands ambulants, qui occupent un rang élevé dans le tableau pour l'alcoolisme et les maladies du foie, donnent un petit nombre de suicides. Aussi l'alcoolisme n'est pas le seul élément étiologique, et sa diminution n'implique

pas forcément celle du suicide. Sauf ces réserves, on peut affirmer que l'alcoolisme et le suicide marchent de pair.

Ce parallélisme apparaît encore si on le recherche dans les localités différentes. Deux professions figurent sur le tableau suivant : les cabaretiers (alcooliques reconnus), les mineurs (réputés sobres). Or on voit que dans les pays habités par les premiers, vrais foyers d'alcoolisme, il s'observe rigoureusement, mais qu'il n'existe pas dans les régions minières, où l'action nocive de l'alcool ne s'exerce plus.

	Alcoolisme.	Suicide.
Cabaretiers	94	29
Londres	127	34
Districts industriels	93	27
— agricoles	60	21
Mineurs	4	9
Durham et Northumberland	5	8
Lancashire	5	13
York, West Riding	4	14
Derby et Nottinghanshire	2	12

L'absence de documents ne permet pas de déterminer la distribution locale des tentatives et des suicides vrais. La statistique annuelle de 1891-1895 contient, cependant, quelques renseignements instructifs.

Le rapport entre les deux faits n'est pas constant et ne devient évident que si les tentatives deviennent fréquentes Aussi peut-on affirmer que les agents qui provoquent les tentatives jouent un rôle beaucoup moins important dans le suicide vrai, et que leur diminution ne produit pas nécessairement un fléchissement de ce dernier, qui peut se manifester sous d'autres influences.

Ces recherches établissent encore que l'ivresse est plus en rapport avec la tentative qu'avec le suicide vrai. Le fait est patent pour des chiffres peu élevés. A une proportion faible de cas d'ivresse, correspond une proportion faible de tentatives ; ce qui n'empêche pas les suicides vrais d'être très fréquents dans la même région. L'ivrognerie et les impulsions au suicide prédominent dans les villes, et sont rares dans les districts agricoles où l'attentat prémédité contre soi-même se montre fréquemment.

Dans certaines grandes villes : Londres, Liverpool, Manchester, le nombre des tentatives simples, peut dépasser celui des suicides vrais.

Dr Pons.

JOURNAUX AMÉRICAINS

Journal of Nervous and Mental disease.

Année 1899.

I. — *Myxœdème aigu avec tachycardie, glycosurie, méléna, état maniaque et mort;* par W. Osler (numéro de février). — Observation d'un cas de toxémie, due probablement à la perversion des fonctions thyroïdiennes, où plusieurs symptômes de goitre exophtalmique et de myxœdème se trouvent réunis, les symptômes myxœdémateux précédant les symptômes basedowiens, à l'inverse des cas déjà signalés.

II. — *Notes sur les propriétés toxiques du sang dans l'épilepsie;* par C.-A. Herter (numéro de février). — Herter a fait des injections intraveineuses chez le lapin avec le sang de quinze épileptiques. Les conclusions ne sont pas fermes et ne donnent aucune preuve de l'hypertoxicité du sang des épileptiques; l'auteur attribue ce résultat à l'imperfection de cette méthode peu sensible. Il termine en donnant les conseils techniques que lui suggèrent ses recherches.

III. — *Les épileptiques guérissent-ils?* par Edgar J. Spratling (numéro de mai). — La colonie de Craig a l'habitude de renvoyer comme guéris les épileptiques qui restent deux ans sans avoir de crise. Spratling cite le cas d'un épileptique ayant eu deux longues rémissions et se demande si l'on doit laisser les anciens malades vivre de la vie normale, ou s'ils doivent être l'objet d'une attention spéciale; il admet que si l'on peut provoquer des temps de répit plus ou moins longs en supprimant la cause épileptisante, l'épileptique n'est jamais vraiment guéri, et l'on doit protéger la société contre lui, par exemple en lui interdisant le mariage.

IV. — *Un cas d'épilepsie psychique pure;* par J. Norman Henry (numéro de juin).

V. — *Un phénomène hystérique intéressant; transfert en sensation visuelle des sensations tactiles;* par Franck F. Fry (numéro d'août). — Une jeune hystérique, hémianesthésique, voit se dessiner sur un écran ou un mur l'image de signes qu'on trace sur le bras anesthésique ou d'objets simples qu'on

place dans la main du même côté. L'auteur rapproche ces faits du transfert de la sensibilité chez les hystériques.

VI.—*Délire aigu;* par Fred. J. Mann (numéro de décembre). — Mann définit le délire aigu un trouble mental aigu d'origine probablement infectieuse, à marche rapide, accompagné d'élévation de la température et caractérisé par un délire hallucinatoire, comme les délires fébriles, avec incohérence, agitation, refus de nourriture, perte de la mémoire, prostration et épuisement; il se termine ordinairement dans le coma, et le malade meurt en une quinzaine de jours.

Le délire aigu suit souvent les maladies infectieuses ou les intoxications; il débute, soit brusquement, soit par une période de dépression suivie d'agitation, avec fièvre et excitation cérébrale à laquelle succède soit la convalescence, soit plus souvent un état typhique aboutissant à la mort. Les principaux symptômes sont l'agitation, la terreur, un délire incohérent et confus avec hallucinations de tous les sens, dus au désordre des fonctions des centres inférieurs privés du contrôle des centres supérieurs. Il existe une forme où prédominent les symptômes mélancoliques.

Année 1900.

I. — *Automatisme épileptique ambulatoire;* par D.-J. Mc Carthy (numéro de mars). — Discussion d'un cas d'automatisme ambulatoire à accès brefs et fréquents, que l'auteur rattache à l'épilepsie. Les actes inconscients, suivis d'amnésie, étaient motivés, et le malade en donnait la raison quand on l'interrogeait pendant l'attaque.

II. — *Idiotie amaurotique familiale;* par H.-T. Patrick, et *Idiotie amaurotique familiale;* par Sydney Kuh (numéro de mai). — Deux cas, le premier chez un enfant non israélite; le second, coexistant avec des attaques d'épilepsie fréquentes et de l'hydrocéphalie. Kuh trouve insuffisante la théorie pathogénique de l'arrêt de développement cérébral pour l'explication de cette maladie; il pense qu'il y a une lésion destructive. L'examen du fond de l'œil des deux cas précédents est décrit par Beard à la suite de ces deux articles.

III. — *Maladie de Raynaud chez les aliénés;* par J.-E. Courtnay (numéro de mai). — Elle est fréquente dans ses formes légères et va quelquefois jusqu'à la gangrène. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes; elle a des liens

de parenté avec d'autres troubles trophiques, notamment des ongles. Une observation suit.

IV. — *Nouvel hypnotique : le chlorétone;* par J. Percy Wade (numéro d'août). — Le chlorétone est une poudre blanche, cristallisée, obtenue par l'action du chloroforme sur l'acétone en présence d'une base alcaline ; il a une forte odeur de camphre ; il est soluble dans l'alcool et en partie dans l'eau ; il a une saveur irritante. C'est un agent anesthésique local et général et un hypnotique. On le donne dissous dans l'alcool ou en suspension dans un sirop. La dose varie de 0,75 à 2 grammes et peut être dépassée sans inconvénient. L'auteur l'a administré dans des formes variées d'affections mentales. Le chlorétone agit efficacement sur l'agitation motrice, ne déprime pas le cœur, est relativement agréable et ne produit pas d'accident fâcheux.

VICTOR PARANT fils.

BIBLIOGRAPHIE

Gerichtliche Psychiatrie (Psychiatrie légale); par le professeur Cramer, de Gœttingen. 1 vol. in-8°, 3e édition. Iéna, Fischer, édit., 1903.

Après un intervalle de deux années, le professeur Cramer, de Göttingen, fait paraître la troisième édition de son *Traité de psychiatrie légale*, cette fois encore refondu et augmenté de presque 100 pages. Cela montre incontestablement la grande valeur de l'œuvre et l'importance croissante des questions psychiatriques devant la justice.

Les articles de loi, règlements, décisions ministérielles, y sont reproduits et largement commentés; de plus, de nombreuses observations et une vaste bibliographie enrichissent le texte.

Tâchons d'analyser, d'une façon assez sommaire d'ailleurs, les importantes questions qui y sont exposées. L'œuvre comprend deux parties, l'une générale et l'autre spéciale, en tout 24 chapitres.

« Les maladies de l'esprit sont des maladies corporelles et de préférence des maladies du cerveau », telle est la phrase qui se trouve placée à la tête du premier chapitre.

La tâche de l'expert sera de prouver dans tous les cas la maladie mentale et pour cela il est nécessaire de démontrer la justesse de cette première phrase, c'est-à-dire que les maladies de l'esprit ne sont que des maladies du cerveau.

En effet, le cerveau est l'organe à la fonction duquel se rattache toute notre activité intellectuelle. L'anatomie comparée, les faits expérimentaux et anatomo-pathologiques ont éclairé la vérité de cette définition. Un fait qui reste encore obscur, c'est de pouvoir rapporter avec certitude les opérations de notre activité mentale à des certains processus matériels, c'est-à-dire à un substratum anatomique.

Pour l'étude de notre mentalité nous avons à notre disposition des notions psychologiques, mais auxquelles fort probablement correspondent des processus matériels compliqués qui se passent dans les différents territoires cérébraux.

L'activité psychique comprend deux grandes opérations :

l'intelligence et le sentiment, qui sont liés intimement à l'existence de la conscience.

L'intelligence dépend de la somme de nos connaissances, de notre capital intellectuel en association avec le pouvoir de critique et du jugement. Ces deux derniers facteurs ont la plus grande importance dans l'examen de l'état mental d'un individu; en second lieu ses connaissances et acquisitions.

Les causes des maladies de l'esprit peuvent atteindre le cerveau soit avant soit après son complet développement, ou bien elles se transmettent à titre d'héritage de la part des générateurs; c'est la prédisposition héréditaire. Dans le premier cas nous avons affaire à des arrêts de développement, à des états psychiques défectueux; dans le second, les causes sont nombreuses et, en partie, peu connues : ce sont des états d'épuisement, toxiques, infectieux, troubles de nutrition, traumatisme, etc. Tous ces facteurs agissent de préférence sur un terrain préparé et se combinent entre eux le plus souvent.

A la question de l'hérédité se rattache celle de la dégénérescence. L'existence d'une prédisposition héréditaire ainsi que d'autres facteurs nuisibles chez les ascendants ne nous conduisent pas à formuler la conclusion que la descendance doit fatalement être dégénérée. La présence des stigmates physiques et psychiques n'ont une certaine valeur que lorsqu'ils se trouvent en grand nombre, et dans ce cas ils nous engagent simplement à examiner d'une manière plus attentive l'état mental de l'individu sans cependant conclure *à priori* à une maladie de l'esprit. Un dégénéré est tout aussi peu aliéné que celui-ci est dégénéré. De même les stigmates chez le criminel, voire même nombreux, ne nous amènent pas plus à conclure à une tendance criminelle qu'ils ne doivent conditionner une maladie de l'esprit. La psychiatrie judiciaire n'a à s'occuper du criminel qu'en tant qu'aliéné, et notre devoir est de connaître de quelle manière la maladie mentale conduit à des conflits avec la loi.

La symptomatologie psychiatrique comprend l'étude de chaque élément qui entre dans la constitution de notre mentalité : le sentiment avec les états effectifs, l'intelligence avec les troubles de l'idéation, ceux psychosensoriels, de l'orientation, etc. Les manifestations délirantes et les hallucinations jouent un grand rôle médico-légal, ce sont elles qui mènent fréquemment à des actes criminels et délictueux; de là l'importance pratique pour l'expert d'examiner attentivement ces phénomènes morbides, non seulement en tant que signes d'aliénation, mais

surtout de constater jusqu'à quel degré ces troubles s'imposent à l'esprit par leur caractère impératif.

Enfin, comme troisième facteur important : c'est l'état de la conscience. Celle-ci peut être altérée qualitativement et quantitativement. Dans le premier cas il arrive parfois que la conscience du moi soit isolément altérée, tandis que la conscience somatique et celle se rapportant au monde extérieur restent normales. L'individu dans un pareil état est à même d'accomplir des actes compliqués, sans cependant avoir conscience de sa personne et sans garder plus ou moins le souvenir des faits. Les cas de trouble de ces trois états de conscience donnent assez fréquemment lieu à des conflits avec la loi.

Quantitativement on distingue plusieurs degrés d'altération de la conscience : engourdissement, somnolence, sopor et coma.

Aux troubles de la conscience s'ajoutent ceux de la mémoire. L'amnésie offre un grand intérêt médico-judiciaire, son appréciation demande beaucoup d'attention. La confiance qu'inspire l'individu, la constatation de troubles antérieurs ayant entre eux une certaine ressemblance, nous autoriseront à rattacher quelque valeur aux déclarations de l'inculpé. Enfin il y a l'amnésie antéro-rétrograde (dans les cas de traumatisme, d'intoxication oxycarbonée, de pendaison, etc.), et la perte de la mémoire des faits récents (maladie de Korsakoff, troubles séniles, etc.).

Avec le chapitre VIII commence l'étude de l'aliéné dans ses rapports avec la pénalité. Tout expert psychiatrique doit avoir présent à son esprit le paragraphe 51 du Code pénal : *Un acte n'est pas punissable si son auteur, au moment de l'accomplissement de l'acte, se trouvait dans un état d'inconscience ou de trouble morbide excluant toute libre détermination de la volonté.* La première partie du paragraphe concerne l'expert, la seconde le juge. A la dernière, le médecin n'est point tenu de répondre, même interrogé dans ce sens, que d'un point de vue général ; car le mot : *libre détermination de la volonté* n'est point une notion scientifique. De même en ce qui touche l'application de ce paragraphe, l'expert n'a aucun pouvoir, le juge n'étant point attaché à l'opinion de celui-ci.

A la notion juridique *inconscience* correspond le terme scientifique *troubles de la conscience*, car rarement une personne en complète inconscience est en état d'accomplir un acte délictueux ; l'inconscience implique l'absence de tout mouvement, de toute activité.

La mélancolie (raptus mélancolique), la paranoïa aiguë, l'épilepsie, l'hystérie, la folie et l'hystérie traumatique, l'ivresse pathologique, sont des états maladifs s'accompagnant fréquemment de troubles du côté de la conscience. Des états affectifs exagérés amènent souvent aussi de semblables phénomènes morbides sans qu'on puisse y découvrir d'autres signes manifestes. Chez les femmes en couches, étant donné les nombreux facteurs qui s'y mêlent, a lieu habituellement l'application des circonstances atténuantes.

L'hypnose favorise l'accomplissement des actes criminels de trois manières : *a*) l'acte peut être accompli sur une femme hypnotisée. Dans ce cas il existe toujours un terrain préexistant de perversité, car toute femme sans doute ne s'y prête pas ; b) un crime pouvant être commis sous l'influence de la suggestion hypnotique, ce sont encore les personnes habiles et bien dressées qui réussissent ; *c*) les fausses accusations et dénonciations des hypnotisés.

Le traumatisme de son côté provoque aussi l'éclosion des troubles ; il agit le plus souvent à titre de cause occasionnelle sur un terrain déjà préparé.

Les paragraphes 55, 56, 57 règlent la responsabilité des jeunes criminels. L'époque adulte (mûre) est, pénalement, antérieure à celle fixée pour la capacité civile; c'est la puberté qui marque l'âge d'une personne à même de posséder le discernement. Mais la mentalité à cette époque de la vie est sujette à de nombreuses oscillations ; les troubles qui peuvent apparaître sont parfois difficiles à mettre en évidence; d'où il s'ensuit des condamnations. C'est plus tard seulement, à l'âge de quatorze, quinze, seize ans, que les manifestations morbides se trahissent nettement et amènent cette fois l'acquittement. Le système éducatif et la fixation de l'âge mûr à quatorze ou seize ans, ou bien la suspension de la peine et le pardon conditionnel, pourraient amener une amélioration en ce qui concerne les jeunes criminels. Le pardon conditionnel existe actuellement, mais ne s'applique qu'aux criminels dont la condamnation ne dépasse pas six mois. Par l'éducation on parvient à empêcher la corruption des jeunes individus par un milieu détestable qui les conduit dans le chemin de la criminalité.

Un certain nombre d'aliénistes, s'appuyant sur le fait qu'entre la normalité et l'état maladif, il existe une série de formes de transition, ont sollicité l'introduction dans le paragraphe 51 du Code pénal de la notion de la responsabilité atté-

nuée. Mais par suite de cette exigence, il s'ensuivrait que l'expert arrivera à exercer une certaine influence sur le Code, chose que justement a voulu éviter le législateur, et d'autre part forcera le juge à ne plus tenir compte de l'avis psychiatrique. En outre, au point de vue pratique, pourraient se soulever de grosses difficultés : l'entretien et la création des nouveaux asiles, l'extension que prendrait la doctrine de la dégénérescence, du criminel-né, voire même qu'on pourrait prendre de vrais aliénés comme des responsables limités. L'idéal serait, incontestablement, l'introduction de la notion du « *déterminisme* »; mais malheureusement, nous en sommes encore loin.

Les paragraphes 222, 230 et 823 concernent la responsabilité des médecins aliénistes, directeurs des asiles. Ils trouvent leur application en cas de suicide, d'homicide entre les aliénés ou d'homicide commis par un infirmier. De semblables accidents, malgré d'énormes précautions, ne sont pas toujours évitables. Nous savons aujourd'hui que rien n'est plus dangereux et nuisible pour un aliéné que son isolement avec privation d'occupations et de travail. C'est à l'aide de ces moyens que la guérison des convalescents est accélérée, et que les chroniques sont arrêtés dans leur marche vers une complète infirmité. C'est dans la non-application de ces deux dernières conditions nécessaires qu'il y aurait lieu de voir une négligence de la part du médecin. La tâche de l'aliéniste en somme est d'aider à la guérison des malades qui lui sont confiés, et d'exercer une surveillance continuelle afin de pouvoir intervenir à temps en cas d'aggravation.

Le témoignage et le serment de la part des aliénés sont des grosses questions pour le juge et en même temps pour l'expert. Toute personne selon le Code peut être témoin, voire même les enfants; pour prêter serment on exige une capacité intellectuelle équivalente à celle d'une personne âgée de seize ans. C'est à cet âge qu'on suppose l'individu capable de posséder une idée de la nature et de l'importance du serment. Si l'aliénation est durable, le serment est exclu; si le trouble est transitoire — ivresse pathologique — le serment est admis. L'expert aura à examiner l'état mental de la personne, son pouvoir de conception, de critique et de reproduction. La question est plus difficile à résoudre en cas d'hystérie et d'épilepsie; enfin, fréquemment, des troubles résiduaires d'une maladie antérieure peuvent influencer le témoignage et le serment (Aschafenburg).

L'expert, en matière d'expertise, se conduira d'après les

préceptes du Code. Son devoir est d'agir en toute conscience, et en se servant de toutes ses connaissances. En cas de parenté, ou de soupçon de partialité, ou bien s'il se trouvait mêlé dans l'affaire, l'expert pourrait être récusé. L'examen de l'inculpé précédera celui des actes, ceux-ci doivent être toujours examinés ; en outre le médecin aura le droit de demander l'interrogatoire des témoins en cas nécessaire. En cas de soupçon de simulation ou de difficulté de diagnostic, l'expert demandera le placement de l'inculpé dans un asile où son observation sera suivie pendant tout au plus six mois.

La dissimulation est généralement une chose rare ; c'est surtout chez les malades d'esprit qu'on la rencontre, et cela dans le but d'échapper au traitement de l'asile ; avec la prison, leur libération sera facilitée.

L'examen de l'accusé sera suivi pendant plusieurs séances ; en outre, on ne doit jamais émettre un avis sans avoir vu préalablement l'individu. Le rapport médico-légal sera rédigé finalement dans l'ordre suivant : introduction, histoire de l'individu, les propres recherches, l'avis et les conclusions. On en gardera toujours une copie, ou des notes en cas d'avis verbal ou écrit.

En matière civile, le paragraphe 6 se rapporte à l'interdiction : *Peut être interdit tout individu qui, par suite d'une maladie de l'esprit ou faiblesse d'esprit, n'est pas en état de diriger ses affaires.* Aucun âge n'est fixé pour l'interdiction, donc même le mineur est compris dans ce paragraphe. Les deux mots : *faiblesse d'esprit* et *maladie de l'esprit*, ne sont que des notions juridiques se rapportant à la capacité civile. Au point de vue médical, un faible d'esprit peut être un malade d'esprit dans le sens de la loi ; et au contraire, par exemple, une légère mélancolie, maladie de l'esprit, n'est en matière d'interdiction qu'une faiblesse d'esprit, etc.

De plus, l'appréciation judiciaire dépend aussi de la somme et de l'importance des affaires que l'individu a à diriger.

Par cette notion : *diriger les affaires*, on comprend, non seulement les biens, mais encore les devoirs qu'a l'individu envers sa famille et la société. Un débile qui aura à diriger de nombreuses et importantes affaires, passera pour un malade d'esprit au point de vue civil, tandis qu'un autre débile au même degré ne sera pas interdit si ses affaires sont limitées ou nulles. En tout cas, pour le médecin, c'est encore la constatation de la maladie qu'il aura à démontrer, ainsi que son degré. Le

degré d'incapacité civile se rapporte suivant la loi à un enfant en bas âge (sept ans) ou à un mineur.

Toute interdiction demande la présence des experts; le jugement, affaire du juge, est communiqué aux parents ou au représentant légal, et en même temps au malade. Souvent, par suite de la communication faite à l'interdit, celui-ci prend le médecin en grippe; à cet effet, il serait nécessaire qu'il lui soit communiqué la teneur seulement de l'interdiction. En cas d'incertitude sur la maladie, aura lieu le placement de l'inculpé à l'asile pendant six mois. La contestation de l'interdiction arrive rarement, car dans la grande majorité des cas, les individus, au moment de leur interdiction, sont visiblement malades. Toute interdiction peut être levée dès que disparaissent les troubles morbides qui influençaient le malade dans ses affaires; donc, une parfaite guérison n'est pas nécessaire.

L'ivrognerie peut être cause d'interdiction, si on constate que l'individu atteint de ce vice n'a plus la force de résister à la passion de boire outre mesure. Donc, c'est cette nécessité, passion de boire irrésistible, qui constitue l'élément maladif. Dans cette catégorie entrent les individus de moindre résistance, qui peut être congénitale ou bien acquise par suite des excès alcooliques coutumiers. L'interdiction en cas d'ivrognerie a un triple but : soigner l'ivrogne, protéger sa famille et la société. En cas que l'expert est appelé à aviser, il doit constater les signes de l'ivrognerie et si l'individu est dangereux pour la société. Une fois interdit, l'alcoolique est confié à l'asile où il devra rester au moins une année ou une année et demie; ensuite, mis en liberté, il doit tâcher d'entrer dans une des sociétés de tempérance. Les résultats obtenus par l'interdiction par suite d'ivrognerie n'ont pas été bien brillants en Allemagne. En 1900 et 1901, leur nombre s'est élevé à 688 seulement.

En matière civile, on distingue une incapacité civile totale et une incapacité limitée. Incapables sont : l'enfant au dessous de sept ans, la personne qui présente un trouble mental excluant la libre détermination de la volonté, enfin l'aliéné et l'interdit. Les débiles, ivrognes, dissipateurs, enfants au-dessus de sept ans, et ceux qui se trouvent sous curatelle, sont capables partiellement. De plus, en cas d'inconscience ou trouble passager — hystérie, épilepsie, ivresse pathologique, — toute manifestation volitive est nulle.

Les deux premières conditions ci-dessus, de même que les

cas d'interdiction totale par suite de faiblesse d'esprit ou d'ivrognerie, impliquent en même temps la non valabilité du testament; tandis qu'un mineur de seize ans, interdit partiellement, est capable de tester.

Le mariage ne peut être contracté par un interdit chez lequel toute liberté est exclue par suite des troubles psychiques, ou bien si, au moment du mariage, il se trouvait dans un état d'inconscience ou de trouble passager. En outre, si un capable partiellement contracte un mariage sans le consentement de son représentant légal, le mariage peut être contesté. L'expert se conduira suivant chaque cas.

La question du divorce exige trois conditions : 1° que la durée de la maladie soit au moins de trois ans ; 2° qu'elle soit démontrée incurable; 3° que toute communauté conjugale ne soit plus possible ni pour le présent ni pour l'avenir.

La seconde partie de l'ouvrage du professeur Cramer comprend l'étude spéciale des maladies de l'esprit; toute classification y est évitée.

Dans le domaine du sentiment, l'auteur range la mélancolie et la manie ; l'état affectif dans ces deux maladies est altéré d'une façon primitive.

Une humeur triste apparaissant sans cause extérieure manifeste, l'anxiété, le ralentissement du cours de la pensée et des mouvements, la présence des idées tristes, d'idées d'indignité, de culpabilité, etc., constituent les traits frappants de la mélancolie.

On y distingue plusieurs degrés. Chez certaines personnes, même à l'état normal, on rencontre une légère teinte mélancolique, sans qu'elle exerce la moindre influence sur la direction de leurs affaires.

La terminaison de cette psychose est le plus souvent la guérison, plus rarement le passage à une démence secondaire ou bien à la paranoïa. C'est le suicide qui fait souvent l'objet des expertises dans la mélancolie ; à cet effet il est bon de savoir que le degré du trouble mental n'est point proportionnel à la tendance au suicide : bien fréquemment une légère mélancolie avec une certaine apparence de sérénité se rencontre avant le suicide. Celui-ci trouve sa cause dans un but de soulagement des troubles anxieux qui oppriment le malade ; une légère obnubilation de la conscience, suivie d'un degré d'amnésie, se constate parfois dans cette psychose. Enfin les idées d'indignité peuvent conduire à des auto-accusations.

En matière d'interdiction, capacité civile, divorce, etc., il est nécessaire de bien faire ressortir les symptômes maladifs et la constatation des troubles de l'idéation. Le délire d'indignité et la mélancolie agitée demandent souvent l'interdiction ; le divorce a lieu seulement dans les cas de démence secondaire.

Dans la manie on rencontre l'humeur enjouée, l'accélération du cours de la pensée et des mouvements, etc., etc.

La terminaison est soit la guérison, soit la démence secondaire, ou bien le passage à l'état chronique. Souvent, surtout dans les cas de manie légère, se développe une certaine appétence sexuelle, surtout chez des jeunes filles ; par la suite elles sont poussées souvent à la prostitution et à des actes illicites. Les cas médico-légaux se rapportent au mariage et à son annulation ; la question de la capacité civile, surtout dans les manies légères, rencontre des grosses difficultés.

La mélancolie et la manie périodiques surviennent de préférence chez les prédisposés héréditaires, mais assez fréquemment aussi chez des individus sans aucune prédisposition. A la longue les accès (de préférence maniaques), devenant plus fréquents, peuvent donner à la psychose un caractère raisonnant (surtout chez les femmes). L'idée que la folie périodique constitue une maladie durable, et que partant tout état de normalité pendant les intervalles serait exclu, n'est pas soutenable. — Un examen minutieux des intervalles lucides fait voir d'une manière évidente la manque de tout trouble, mais incontestablement il peut arriver aussi le contraire. Si ces intervalles lucides sont d'une longue durée, l'interdiction peut être levée ; c'est en cas de divorce que l'appréciation médico-légale peut être rendue délicate.

Les maladies de l'intelligence sont représentées par le groupe paranoïa. On y distingue des formes aiguës, subaiguës et chroniques. Les premières comprennent les types cliniques décrits par différents auteurs sous les noms : amentia, confusion mentale aiguë, paranoïa aiguë, etc. Comme trouble caractéristique, c'est l'apparition subite d'une confusion à laquelle s'associent des manifestations morbides plus ou moins profondes du côté de la conscience avec souvenir partiel. La terminaison est la guérison, ou la confusion mentale chronique, ou le passage à la paranoïa chronique. On décrit une paranoïa aiguë (prédominance des troubles dans le contenu), une amentia (des altérations au point de vue quantitatif), et une stupeur primitive (prédominance de l'inhibition psychique). En

outre, il y a le délire aigu (confusion à un haut degré et marche foudroyante), et la confusion mentale post-toxique (le délire onirique des Français). Ces cas aigus de paranoïa occasionnent rarement l'expertise, car ils se traduisent au dehors d'une manière assez bruyante. Les psychoses des prisons entrent aussi parmi ces formes aiguës ; elles surviennent chez des prédisposés, et dans la majorité des cas ont une issue favorable. Parfois elles ne constituent que la phase aiguë d'une paranoïa chronique, le tableau clinique correspondant plutôt à celui du délire hallucinatoire aigu.

Dans les formes subaiguës les troubles psycho-sensoriels ont une durée de six ou huit mois jusqu'à une année, et sans qu'ils conduisent à la systématisation. La folie puerpérale entre aussi dans cette classe, lorsqu'elle se présente sous la forme du délire hallucinatoire aiguë. La terminaison dans ces formes est la démence, le passage à l'état chronique, plus rarement la guérison.

La paranoïa chronique se développe sur un fond d'imbécillité, de débilité mentale ; mais elle se rencontre fréquemment aussi chez des gens normaux ayant une certaine position sociale, et de préférence chez ceux qui ont lutté seuls pour gagner leur position. Il y a une paranoïa chronique simple et hallucinatoire; parfois c'est une phase aiguë (confusion avec excitation de Jolly) qui marque son début. La marche de toutes ces formes est chronique, ce n'est qu'à la longue qu'apparaît la démence terminale. Les malades parfois arrivent à s'habituer à leurs troubles, de façon que leurs actes peuvent ne plus être influencés par ceux-là; c'est un fait important à connaître au point de vue de leur capacité civile. Une aggravation des manifestations morbides peut amener une complication dans leur manière d'agir. Par suite du trouble de leur unité intellectuelle, les paranoïques sont irresponsables pénalement, tandis qu'au point de vue civil ils restent encore capables. Le système délirant des paranoïques peut subir un développement ultérieur, dans le sens que les malades deviennent des persécutés persécuteurs. On admet encore, une paranoïa induite (communiquée), et une forme périodique. Les néologismes des malades ne doivent pas être confondus avec les paroles d'un dialecte ou avec le jargon des criminels.

A la période de démence l'interdiction s'impose à titre de maladie d'esprit, tandis que dans les autres périodes, il ne s'agit que d'une faiblesse d'esprit, et par suite d'une capacité

civile partielle. Les quérulants ou processifs sont encore des faibles d'esprit. La constatation d'un jugement faussé et d'idées délirantes est nécessaire chez eux.

L'hystérie, l'épilepsie, le traumatisme, la dégénérescence, se compliquent parfois de troubles mentaux dont les caractères sont : un degré d'irritabilité exagérée, un caractère pathologique, des troubles transitoires de la conscience, un fond maladif, etc. Ces psychoses se terminent parfois par une ruine psychique avec apparition de troubles de la sphère éthique.

Dans l'épilepsie il y a le fond épileptique, les convulsions typiques et les signes épileptoïdes. Des troubles de la conscience à des différents degrés, immobilité pupillaire (contestée dernièrement comme se rencontrant aussi chez les hystériques, chez lesquelles elle constitue plutôt une exception), excitabilité réflexe exagérée, pâleur de la face, analgésie, abolition du réflexe après l'attaque, présence de cicatrices, amnésie, constatation des accès pendant l'enfance, enfin la constatation dans l'urine de sucre et d'albumine après l'attaque, constituent les signes particuliers de la maladie. Comme autres manifestations il y a encore : le petit mal, *pavor nocturnus*, l'incontinence nocturne d'urine, des accès d'anxiété, etc. L'épilepsie amène à la longue un changement de caractère avec irritabilité exagérée et tendance aux mensonges. Ce dernier trait offre un intérêt au point de vue du témoignage des épileptiques. Enfin la teinte affective, l'apathie, l'intolérance pour l'alcool, ne sont pas rares. Dans les cas des troubles isolés de la conscience (états crépusculaires), des crimes, vols, incendies, peuvent être accomplis avec une dextérité et une lucidité apparente frappante.

L'hystérie est le type de l'affection psychogène. Les stigmates par eux-mêmes ne nous autorisent point à admettre des troubles psychiques hystériques. Parmi ceux-ci il y a des altérations de la conscience et une psychose paranoïaque : humeur capricieuse, idées de persécution, soupçons, etc. La maladie peut présenter des rémissions ; le divorce a lieu seulement en cas de démence accusée. Un autre caractère du fond hystérique, c'est l'affectation et la tendance à se faire remarquer, chose qui fréquemment peut conduire à des actes criminels ; enfin les fausses dénonciations et accusations. Les testaments des hystériques et leurs témoignages peuvent être influencés par leurs idées de persécution.

La folie traumatique se révèle par le changement du carac-

tère, des altérations du côté de l'intelligence, de l'irritabilité, de la perversion morale, de l'intolérance pour l'alcool et même par l'éclosion de troubles épileptiques et hystériques. L'irritabilité anormale et des attaques de vertiges de temps à autre n'exigent pas l'application du paragraphe 51 ; ce sont des états spéciaux du côté de l'affectivité, l'intolérance pour l'alcool, qui demandent son application.

Chez les dégénérés les troubles se caractérisent par leur brusque apparition et disparition, et le changement variable dans les tableaux cliniques ; finalement survient un changement du caractère, ou bien s'installe une démence à marche rapide.

La paralysie générale, la démence sénile et la démence athéromateuse, sont les maladies organiques qui s'accompagnent le plus fréquemment de troubles psychiques.

La paralysie générale suppose une infection syphilitique antérieure ; mais il y a des cas où, malgré les recherches minutieuses, cette constatation ne peut pas être faite. De sorte qu'on ne doit pas conclure toujours qu'un paralytique général a dû fatalement être un syphilitique. Le stade prodromal de la maladie à une grosse importance médico-légale. Un changement de caractère, le manque d'initiative, l'affaiblissement de la mémoire et du jugement, des actes d'immoralité, s'accompagnant encore de troubles physiques : troubles de la parole, vertiges, etc., ouvrent souvent la scène de la paralysie générale. On distingue une forme démentielle, actuellement la plus fréquente, une autre dépressive, etc.; souvent des idées paranoïaques prédominent au début.

Des vols, des faux, des actes immoraux, marqués au coin du cachet d'absurdité et du manque de précaution, donnent lieu le plus souvent à des conflits avec la loi. L'interdiction doit se faire le plus tôt possible : le manque d'intérêt pour les siens et la présence de quelques signes physiques malgré l'absence de troubles intellectuels manifestes, suffisent à demander l'interdiction, afin d'éviter ainsi la ruine matérielle des familles.

Chez les séniles les troubles mentaux ne sont parfois que l'exagération d'un état normal existant antérieurement. L'humeur anxieuse, l'affaiblissement de la mémoire, la logorrhée, les idées de persécution, de culpabilité, d'empoisonnement, les délits sexuels, etc., de cette maladie ne sont que la traduction morbide des signes d'une vieillesse normale caractérisée par l'amnésie, la loquacité des uns, la tristesse des autres, la méfiance, et enfin la tendance antérieure à raconter des choses

obscènes et lascives. On distingue des formes maniaques, paranoïaques, démentes, de confusion avec excitation (Jolly). Rarement la guérison survient.

Des fraudes, des délits amoraux, des incendies, des injures, les amènent devant la justice. L'interdiction est parfois difficile, surtout dans les cas de légère démence ou dans les états maniaques.

C'est la psychose alcoolique qui mène le plus souvent à des conflits pénaux. La résistance individuelle joue dans l'alcoolisme le plus grand rôle. L'expert aura à démontrer le degré de tolérance ou d'intolérance. A cet effet il demandera à interroger les témoins, à connaître l'anamnèse et, enfin, faire des expériences à l'asile pour la constatation du degré de réaction. Les dires de l'inculpé n'auront aucune valeur. L'alcoolisme mène à la longue à une intoxication chronique dont les signes sont les suivants : instabilité, accès de colère sans cause, manque d'intérêt, mensonge, perversion éthique et, finalement, affaiblissement des facultés, apparition du tremblement, vertiges, incertitude dans la station, phobies, anxiété, etc., complétant le tableau. Une forme spéciale des troubles est le délire de jalousie. Les signes de la paralysie générale peuvent apparaître dans l'alcoolisme chronique sans que nous puissions conclure à une vraie paralysie générale. La dégénérescence et la ruine de l'alcoolique peuvent être envisagées comme une maladie dans le sens du paragraphe 51 (décision du Sénat pénal, mars 1900).

L'ivresse pathologique peut conduire à des actes violents rappelant ceux des épileptiques dans les états crépusculaires. On voit dans ces cas l'apparition brusque de troubles transitoires de la conscience suivis d'amnésie, et tout se termine par un sommeil de plusieurs heures. D'autres caractères sont : états d'anxiété, perceptions confuses et tendance à des actes violents. La durée de l'accès est de quelques minutes ; à sa suite on rencontre parfois le manque ou la paresse de la réaction pupillaire.

L'intoxication morphinique est plus rare. En cas d'abstinence, les signes étant plus prononcés, on peut admettre le paragraphe 51 en cas de vols, ou de délit dans le but de se procurer la morphine. La cocaïnisme provoque des troubles hallucinatoires et des idées de jalousie.

La faiblesse d'esprit peut être congénitale ou acquise. Dans le premier cas il y a plusieurs degrés : l'idiotie, en cas que le dé-

veloppement ne dépasse pas celui d'un enfant entre un et sept ans; ensuite l'imbécillité. La différence est une question de degré, ce qui rend parfois l'appréciation difficile dans les cas d'imbécilité légère. Au point de vue médico-légal, c'est l'appréciation du niveau intellectuel qui doit prédominer. Comme points d'appui, nous avons les suivants : les individus passent comme bornés dans leur village, ne sont jamais à même de travailler qu'en qualité d'aides; leur argent gagné est pris par la famille ou la femme; ils sont faciles à convaincre, etc. Les idiots, en outre, sont irascibles, possèdent une tendance à la cruauté; les imbéciles ont une intolérance pour l'alcool, un manque du sens moral, sont égoïstes, etc. L'existence d'une idiotie morale ne peut pas être prouvée; anatomiquement, elle n'a pas de substratum organique. Le sens moral est le résultat d'un grand nombre de processus associés compliqués, sans localisation déterminée. L'idiotie morale peut facilement être séparée de l'aliénation, mais non du crime. En tout cas, le code n'en parle pas. L'examen psychiatrique du faible d'esprit doit se rapporter à ses connaissances, à son jugement, s'il possède les notions nécessaires utiles dans la conduite de la vie, etc. En matière d'interdiction notre conclusion doit se rapporter au degré de développement.

Les troubles de la puberté apparaissent surtout à la fin de cette époque; mais souvent aussi à son début on peut remarquer une conduite particulière de la part des sujets, les amenant à des conflits. Des psychoses propres n'appartiennent pas à la puberté. Le plus grand nombre des cas marchent vers la démence avec des signes spéciaux ressemblant à la démence précoce de Kraepelin.

La question des perversions sexuelles a pris une extension plus grande qu'elle n'en possède scientifiquement. L'expert démontrera le caractère maladif de ces cas.

Comme formes des perversions il y a : l'homo-sexualité, le sadisme, le masochisme, le fétichisme et la sodomie. Les théories de Magnan et de Krafft-Ebbing touchant l'homo-sexualité, que ces individus naissent avec un cerveau féminin, n'est pas soutenable.

On rencontre les perversions sexuelles normalement dans les pensionnats, les légions étrangères, etc., et chez les aliénés, déments, débiles, paranoïaques, et enfin sous forme d'obsessions. En tout cas il y a des gens nerveux facilement excitables, des dégénérés, etc., qui possèdent normalement cette tendance

perverse. Par suite de leur moindre résistance il y a lieu d'appliquer une diminution de la peine. L'appréciation médico-légale demande une longue observation et l'anamnèse détaillée de l'inculpé.

Dr Soutzo fils (Bucarest).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1901; par le D[r] Bourneville, avec la collaboration de MM. Ambard, Boyer (J.), Crouzon, Morel (L.), Paul Boncour, Philippe et Oberthur. 1 vol. in-8°, CLX-236 pages avec figures et planches. Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*, 1902.

— L'hystérie de Sainte-Thérèse; par le D[r] Rouby. 43 pages in-8° de la *Bibliothèque diabolique.* Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*, 1902.

— The mental status of Czolgosz, the assassin of president Mac Kinley; par le D[r] Walter Channing. 46 pages in-8° avec figures. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1902, n° 2.

— A case of metastatic adrenal tumors in the left midfrontal and ascending frontal convolutions; par les D[rs] Walter Channing et Wallace M. Knowlton. 11 pages in-8° avec planches. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1903, n° 3.

— Protestant hospital for the insane. Verdun, Montreal, Que. Annual report fort the year 1902. 56 pages in-8°. Montréal, 1903.

— Il problema dell' alcool; par le D[r] B. G. Selvatico-Estense. 33 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1902.

— Annual report of the New-York State reformatory at Elmira for the fiscal year ending september 30, 1902. Twenty-seventh year book. 138 pages in-8° avec planches. Summary press, 1902.

— Localisation cérébrale du nerf pneumogastrique; par le D[r] Anastas Shunda. 28 pages in-8° avec planches. Bucarest, imprimerie Gutenberg, 1903.

— Annual report of the managers of the Western Pennsylvania hospital of the departement for the insane at Dixmont, for 1902. 80 pages in-8° avec planches. Pittsburgh, 1903.

— Report of a case of dementia praecox with autopsy; par le Dr William Rush Dunton. 13 pages in-8° avec planches. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1903, n° 3.

— Nekrolog Richard von Krafft-Ebing (1840-1903); par le Dr H. Schüle. 25 pages in-8°. Extrait de l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LX, 1903.

— Psychopathologie légale générale. Cours fait à l'université de Saint-Pétersbourg; par le prof. Paul Kovalevsky. T. II. De la Psychopathologie légale. 1 vol. in-8° de 334 pages. Paris, Vigot frères, 1903.

— Omicidia epilettico. Perizia psichiatrica; par les Drs U. Meneghetti et A. Cainer. 12 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*, 1903.

— Les variations de la spasmodicité dans la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot); par le Dr Léon Parrot. 111 pages in-8° avec planche. Paris, G. Steinheil, 1903.

— L'internement des aliénés et la liberté individuelle; par Amédée Lentz, docteur en droit. 41 pages in-8°. Bruxelles, Vve Ferdinand Lanier, 1903.

— Ueber Höhenkuren für Nervenleidende; par le Dr B. Laquer, de Wiesbaden. 19 pages in-8°. Halle a. d. S., Carl Marhold, 1903.

— Geschlecht und Kopfgrösse; par le Dr P. G. Möbius, de Leipzig. 47 pages in-8° avec 5 figures et 1 planche. Halle a. d. S., Carl Marhold, 1903.

— Ueber Geistesstörungen in der Armee zur Friedenszeit; par le Dr Georg Ilberg. 27 pages in-8°. Halle a. d. S., Carl Marhold, 1903.

— Assistance et éducation des épileptiques; par le Dr Georges Vernet. 60 pages in-8°. Extrait des rapports présentés au IIIe *Congrès d'assistance publique et de bienfaisance privée*. Bordeaux, 1903.

— De l'assistance et de l'éducation des enfants arriérés; par le Dr G. Jacquin. 48 pages in-8°. Extraits des rapports présentés au IIIe *Congrès d'assistance publique et de bienfaisance privée*. Bordeaux, 1903.

— La situation financière des asiles d'aliénés; par le Dr Jul. Morel. 11 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du Congrès international de l'assistance des aliénés*. Anvers, 1902.

— Evolution des idées délirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse; par le Dr Magalhaes Lemos. Communication au XIVe Congrès international de médecine. 52 pages in-8°. Porto. Officina typographica do Hospital de Alienados de Conde de Ferreira, 1903.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1904

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 28 décembre 1903, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1904.

Ont été élus :

Président : M. DANIEL BRUNET.
Vice-président : M. CH. VALLON.
Secrétaire général : M. RITTI ;
Secrétaires annuels : MM. BLIN et DUPAIN ;
Trésorier : M. ANTHEAUME.
Bibliothécaire-archiviste : M. BOISSIER.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

LEGRAND (Maximin), médecin, 39, rue de Grenelle. — 27 *mars* 1865.

MITIVIÉ (Albert), médecin, 19, rue de Bourgogne. — 22 *avril* 1863.

MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, 6, rue Scheffer. — 27 *mars* 1899.

ARNAUD (L.-F.), médecin-directeur de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 *mai* 1889.

BALLET (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 *mai* 1883.

BLIN, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 *mai* 1889.

BOISSIER (François), médecin, 10, rue Castéja, Billancourt (Seine), 29 *octobre* 1894.

BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 *janvier* 1880.

BRIAND (Marcel), médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 25 *juillet* 1881.

BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 29, rue de Condé. — 30 *janvier* 1860.

CHARPENTIER, médecin de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — 30 *mai* 1881.

CHASLIN (Ph.), médecin de Bicêtre, 64, rue de Rennes. — 23 *mai* 1887.

CHRISTIAN (Jules), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 *juin* 1865.

DENY, médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière. — 27 *décembre* 1897.

DUBUISSON (Paul), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 *mai* 1885.

DUPAIN, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 juin 1888.

DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 47, rue Saint-Georges. — 26 *décembre* 1898.

FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre, 37, boulevard Saint-Michel. — 25 *juin* 1883.

GARNIER (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 16, boulevard Montmartre. — 25 *juillet* 1881.

GOUJON, sénateur, 15, place Daumesnil. — 2 *février* 1877.

HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 *novembre* 1890.

JANET (Pierre), médecin, professeur au Collège de France, 21, rue Barbet-de-Jouy. — 28 *janvier* 1895.

JOFFROY, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 195, boul. Saint-Germain. — 25 *mai* 1891.

KLIPPEL, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle. — 27 *novembre* 1893.

LEGRAIN, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 *juillet* 1888.

LEGRAS, médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 7, passage Saulnier. — 26 *décembre* 1898.

MAGNAN (V.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 *novembre* 1871.

MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 *mars* 1888.

MOREAU (DE TOURS), médecin-directeur de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine. — 26 *mars* 1877.

MOTET (A.), membre de l'Académie de médecine, médecin-directeur de la maison de santé, 161, rue de Charonne. — 24 *février* 1862.

NAGEOTTE, médecin suppléant de Bicêtre, 5, rue Vavin. — 25 *juillet* 1898.

PACTET, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 29 *février* 1892.

POTTIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 *février* 1888.

RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 *novembre* 1884.

RAYMOND (F.), professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 156, boulevard Haussmann. — 30 *novembre* 1896.

RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 27 *mars* 1876.

ROUBINOVITCH (G.), médecin suppléant de la Salpêtrière, 115, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 *juin* 1892.

SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 96, rue de Rennes. — 28 *juillet* 1884.

SEMELAIGNE (René), médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 *décembre* 1890.

SÉRIEUX (Paul), médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 *janvier* 1892.

SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145, route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 *mai* 1891.

TAGUET, médecin en chef à l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 15 *novembre* 1875.

TAULE, directeur honoraire des asiles d'aliénés, 270, boulevard Raspail. — 31 *janvier* 1887.

TOULOUSE, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 27 *juin* 1892.

VALLON (Ch.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 12 *mars* 1883.

VIGOUROUX, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 *mars* 1893.

VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, 23, rue Saint-Lazare. — 10 *novembre* 1879.

MEMBRES CORRESPONDANTS

ANGLADE, médecin en chef, maison de santé de Château-Picon, chemin de la Béchade, Bordeaux (Gironde). — 31 *juillet* 1899.

ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 *novembre* 1880.

BÉCOULET, médecin honoraire des asiles d'aliénés. — 27 *février* 1882.

BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 30, rue Miromesnil, Paris. — 27 *novembre* 1899.

BEUGNIES-CORBEAU, médecin, Givet (Ardennes). — 25 *mai* 1891.

BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 *juin* 1880.

BLAISE, médecin, Pont-Saint-Maxence (Oise). — 28 *janvier* 1889.

BOETEAU, médecin, 18, rue Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 27 *juin* 1892.

BONNET, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère). — 25 *janvier* 1892.

BOUBILA, médecin en chef de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 *avril* 1892.

BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, près Lille (Nord). — 12 *mars* 1894.

BOURDIN (V.), médecin-directeur de l'asile de Sainte-Catherine d'Yzeure, Moulins (Allier). — 28 *juin* 1897.

BRETON, médecin, 15, place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). — 27 *novembre* 1899.

CAMPAGNE, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 26 *mars* 1866.

CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône). — 28 *janvier* 1884.

CHARON (René), médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). — 27 *juin* 1898.

CHENAIS, médecin résidant à l'établissement hydrothérapique, 13, rue Boileau, Paris-Auteuil. — 30 *mars* 1903.

COLIN (H.), médecin en chef des asiles de la Seine. — 29 *février* 1892.

COLOLIAN, médecin, 37 *bis*, rue de Ponthieu, Paris. — 27 *octobre* 1902.

COLOMBANI, médecin, 15, rue d'Arzew, Oran (Algérie). — 27 *janvier* 1902.

COMAR, médecin-directeur de la maison de santé, 130, rue de la Glacière. — 28 *juillet* 1902.

COULON, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 30 *janvier* 1899.

CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 *juin* 1879.

DANNER, directeur de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — 26 *octobre* 1868.

DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1er *juin* 1896.

DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 *mars* 1871.

DELAPORTE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 23 *février* 1891.

DÉRICQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 *novembre* 1888.

DHEUR, médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 *février* 1898.

DIDE (Maurice), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen, près de Rennes (Ille-et-Vilaine). — 28 *janvier* 1901.

DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 27 *mars* 1870.

DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 24 *novembre* 1890.

DUFOUR, ancien député, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Paris. — 27 *novembre* 1871.

DUMAS, médecin, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 *juillet* 1890.

DUMAZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 *février* 1891.

FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 *juin* 1880.

FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 *janvier* 1857.

GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 *janvier* 1878.

GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 *janvier* 1889.

GIRAUD (Albert), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 22 *mai* 1882.

GODFERNAUX, docteur ès lettres, professeur de l'Université. — 24 *février* 1896.

GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 *février* 1894.

GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 *décembre* 1882.

GUIBERT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 28 *juin* 1897.

HANNION, médecin, Nogent-sur-Vernisson (Loiret). — 29 *octobre* 1894.

HOSPITAL, médecin en chef honoraire de l'asile Sainte-Marie, 22, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 *mai* 1872.

KÉRAVAL, médecin-directeur de l'asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 *novembre* 1897.

LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 *mai* 1885.

LACHAUX, médecin, 57, rue Saint-Ferréol, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 *décembre* 1894.

LACOUR, médecin des hôpitaux, Lyon (Rhône). — 28 *octobre* 1878.

LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 *juillet* 1888.

LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 *bis*, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *février* 1876.

LALANNE, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 *décembre* 1901.

LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 *novembre* 1898.

LAPOINTE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Paris. — 25 *juillet* 1881.

LARROQUE (Benjamin), médecin, 1057, Avenida Mayo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 *juillet* 1886.

LARROUSSINIE, médecin, 21, rue Cujas, Paris. — 24 *juillet* 1893.

LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *juillet* 1862.

LE FILLIATRE, médecin, 37, Grande-Rue, Villejuif (Seine). — 30 *décembre* 1895.

LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 *février* 1888.

LEROY (Raoul), médecin-adjoint à l'asile d'Evreux (Eure). — 28 *mars* 1898.

LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 *novembre* 1889.

LWOFF, médecin-directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 20 *janvier* 1893.

MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 *juin* 1879.

MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 *février* 1885.

MARCHAND, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher). — 25 *mars* 1901.

MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 *janvier* 1893.

MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 *mai* 1874.

MAUPATÉ, médecin-directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne). — 28 *mai* 1894.

MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 *juillet* 1891.

Mordret, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Le Mans (Sarthe). — 26 *mars* 1877.

Nicoulau, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 *février* 1892.

Niepce, médecin, Allevard (Isère). — 25 *janvier* 1858.

Noir (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 *février* 1898.

Pailhas, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 *janvier* 1897.

Parant (Victor), médecin-directeur de la maison de santé, 17, allées de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 *décembre* 1875.

Péon, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 *novembre* 1872.

Petit (Gilbert), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 26 *novembre* 1888.

Philippe (Jean), médecin, chef des travaux du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, 20, rue de la Pitié, Paris. — 24 *mars* 1902.

Picard, médecin, la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 *avril* 1878.

Piéron (H.), préparateur à l'Ecole des Hautes-Etudes, 50, rue d'Assas, Paris. — 27 *avril* 1903.

Pierret, professeur de la clinique des maladies mentales, Faculté de médecine, Lyon (Rhône). — 12 *mars* 1883.

Pitres, professeur à la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 *novembre* 1896.

Pron, médecin, Joinville (Haute-Marne). — 28 *décembre* 1903.

Ramadier, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rodez (Aveyron). — 24 *décembre* 1888.

Rayneau, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 *mai* 1900.

Régis (Emmanuel), chargé de cours de pathologie mentale à la Faculté de médecine, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 *juin* 1881.

Rey (Ph.), médecin-directeur de l'asile d'Aix-en-Provence. (Bouches-du-Rhône). — 25 *février* 1884.

Reynaud, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 *mars* 1881.

Rist (Adrien), médecin-directeur de la maison de santé, la Châtaigneraie, 11, rue des Deux-Moulins, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 *juillet* 1881.

Rouby, médecin de la Maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 *décembre* 1892.

Rougé (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.

Saint-Lager, médecin, Lyon (Rhône). — 30 *mars* 1868.

SIMON (Max), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 22, rue Franklin, Lyon (Rhône). — 27 *novembre* 1882.

SIZARET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Pontorson (Manche). — 15 *novembre* 1875.

TATY (Th.), chef du laboratoire de la Clinique des maladies mentales, 24, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône). — 26 *février* 1901.

TERRIEN, médecin, les Essarts (Vendée). — 24 *décembre* 1898.

THIBAUD, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 *juin* 1897.

THIVET, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise). — 31 *mars* 1890.

TISSIÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 *novembre* 1895.

TOY, médecin-adjoint de l'asile de Larochegandon (Mayenne). — 25 *janvier* 1897.

TRENEL, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 29 *juillet* 1895.

TRUELLE, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 25 *novembre* 1901.

VURPAS (Cl.), interne de l'asile de Villejuif (Seine). — 27 *juillet* 1903.

WAHL (Maurice), médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 22 *juillet* 1901.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

BRESLER, médecin en chef de l'asile de Fribourg en Silésie. — 29 *janvier* 1900.

BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblence. — 28 *octobre* 1878.

LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 *novembre* 1889.

MÖBIUS, médecin, Leipzig (Saxe). — 26 *février* 1901.

MESCHEDE, professeur de la clinique psychiatrique, Kœnigsberg (Prusse). — 20 *juin* 1903.

NÆCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 *novembre* 1893.

NEISSER (Clemens), médecin-directeur de l'asile provincial de Lublinitz. — 28 *mars* 1892.

PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 *mai* 1895.

SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 *mai* 1888.

TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine,

directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 *novembre* 1893.

ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université d'Iéna. — 22 *février* 1897.

ANGLETERRE.

BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 *janvier* 1875.

BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 *octobre* 1881.

CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morningside, Edimbourg. — 31 *octobre* 1881.

CONOLLY-NORMAN, médecin de l'asile de Richmond, Grangegorman, Dublin (Irlande). — 26 *novembre* 1894.

FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 *novembre* 1894.

GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 *octobre* 1881.

GOODALL (Edwin), médecin en chef de « Joint Counties Asylum », Carmarthen (Province de Galles). — 30 *juin* 1902.

GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 *janvier* 1880.

MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 *novembre* 1867.

MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 *décembre* 1864.

NICOLSON (David), « Lord Chancellor's visitor », Balgownie, Edgeboroug road Guildford. — 31 *octobre* 1881.

PERCY SMITH, ancien superintendant de l'Hôpital de Bethlem, 36, Queen Anna street, Cavendish square, Londres. — 24 *juin* 1895.

ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, the Bryn, Godalming, Surrey. — 31 *octobre* 1881.

RAYNER (Henry), médecin, 16, Queen Anna street, Londres. — 31 *octobre* 1881.

ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 *décembre* 1864.

RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 *octobre* 1881.

SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish square, W. — 31 *octobre* 1881.

SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 *octobre* 1881.

SIBBALD (Sir John), « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse, 18, Great King street, Edimbourg. —

SUTHERLAND, « Commissioner in Lunacy » pour l'Écosse. — 26 *février* 1901.

URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 *décembre* 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Dœbling, près Vienne. — 26 *novembre* 1883.
OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld, Budapest. — 20 *mai* 1901.
PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 *novembre* 1884.
PILCZ, médecin-adjoint de la 1re clinique psychiatrique de Vienne. — 27 *juin* 1898.
SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 *novembre* 1889.

BELGIQUE.

CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evere, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 *juin* 1884.
DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue du Vanneau, Anvers. — 26 *octobre* 1885.
DUCHATEAU, médecin de l'hospice des femmes aliénées, Gand. — 26 *février* 1900.
FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liége. — 31 *décembre* 1894.
LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 *novembre* 1874.
MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 *décembre* 1875.
MASOIN (Paul), médecin à la colonie de Gheel. — 26 *février* 1901.
MOREL (Jules), médecin en chef de l'asile des aliénées, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Mons. — 26 *octobre* 1874.
PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 *octobre* 1883.
SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 *octobre* 1899.
VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 131, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 *février* 1900.

BRÉSIL.

COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 *juin* 1889.

Nina Rodriguez, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bahia. — 6 *juin* 1898.

Souza-Leite, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 *novembre* 1889.

Teixeira-Brandao, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 *novembre* 1883.

CANADA.

Bourque (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 *novembre* 1889.

Chagnon, médecin assistant de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 27 *mars* 1899.

Vallée (Arthur), médecin de l'asile d'aliénés de Québec. — 11 *novembre* 1889.

Villeneuve (G.), professeur-adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, superintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 *novembre* 1900.

CHILI.

Beca (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 *mars* 1897.

ÉGYPTE.

Hadjès, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 *novembre* 1889.

ESPAGNE.

Gine y Partagas, médecin, Barcelone. — 29 *juillet* 1878.

ÉTATS-UNIS.

Blumer Alder, superintendant, Butler Hospital, Providence, R. T. — 30 *octobre* 1899.

Brush, superintendant de « Sheppard and Enoch Pratt Asyleum », Towson, Maryland. — 30 *juin* 1902.

Burr (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 *novembre* 1899.

Clark Bell, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 *novembre* 1889.

Cowles (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lean, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 *mars* 1895.

Echeverria, médecin, New-York. — 29 *novembre* 1878.

Hall (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 *mai* 1887.

KIERNAN JAS. (G.), privat docent de psychiatrie, 910, 103 State street, Chicago. — 25 *novembre* 1895.

MANN (EDWARD), directeur de la Maison de santé, 801, Madison avenue, New-York. — 31 *décembre* 1895.

ROBINOVITCH (M[lle] Louise), médecin, 32, Broadway, à New-York — 30 *octobre* 1899.

GRÈCE.

CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 *octobre* 1886.

MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68[A], rue de l'Académie, Athènes. — 30 *octobre* 1899.

YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaïtis. — 28 *mai* 1900.

HOLLANDE.

HUBRECHT, secrétaire général du Ministère de l'intérieur, la Haye, — 27 *octobre* 1879.

JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 *octobre* 1879.

SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 *novembre* 1889.

VAN ANDEL, inspecteur des asiles d'aliénés de la Hollande. — 27 *octobre* 1879.

VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 *octobre* 1879.

VAN DEVENTER, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 24 *février* 1902.

WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 *novembre* 1886.

ITALIE.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 *avril* 1864.

BINI, médecin, Florence. — 30 *juillet* 1877.

CASCELLA (Francesco), médecin du manicome d'Aversa. — 30 *mars* 1896.

FERRARI, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 *juillet* 1901.

DEL GRECO, directeur-médecin du manicome de Salerne. — 27 *juillet* 1903.

FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 *novembre* 1883.

FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicome de Sienne. — 29 *avril* 1878.

Giacchi, médecin-directeur du manicome provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 *novembre* 1878.

Lombroso, professeur de médecine légale et de psychiatrie à l'Université de Turin.

Marro (Ant.), médecin du manicome royal de Turin. — 30 *décembre* 1901.

Massalongho (Roberto), professeur de neuropathologie à l'Université de Padoue, médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 *janvier* 1889.

Medea, médecin, Paleocapa, 3 (Staz. Nord), Milan. — 28 *juillet* 1902.

Mingazzini (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 *décembre* 1895.

Morselli (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, vià Assaroti, Gênes.

Perla, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

Riva, médecin-directeur de l'asile d'Ancône. — 27 *mars* 1882.

Sannicola, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

Sante de Sanctis, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 *mars* 1897.

Seppilli, médecin-directeur du manicome de Brescia. — 27 *mars* 1882.

Stacchini, vice-directeur du manicome de Florence. — 30 *juillet* 1877.

Tambroni (Ruggeri), directeur-médecin du manicome provincial de Ferrare. — 28 *avril* 1902.

Tamburini, directeur du manicome de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 *juin* 1878.

Tonino, docent de clinique psychiatrique à Messine. — 26 *mars* 1866.

Virgilio, médecin-directeur du manicome d'Aversa. — 28 *novembre* 1881.

LUXEMBOURG (GRAND-DUCHÉ DE).

Buffet, médecin en chef de l'asile d'Ettelbrück. — 27 *janvier* 1896.

PORTUGAL.

Bettencourt-Rodrigues, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 *juillet* 1887.

Bombarda (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale, directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 *octobre* 1894.

Mattos (Jules de), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 *février* 1890.

Sousa Magalhaes e Lemos (de), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 *mars* 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 *février* 1889.
PEREZ, médecin de la Maison de santé, Buenos-Ayres. — 30 *juin* 1884.

ROUMANIE.

SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 *novembre* 1887.
VASCHIDE, chef des travaux à l'École des Hautes-Études, Paris. — 25 *juin* 1900.

RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de la maison de santé de Levinstein, Moscou. — 30 *juin* 1884.
BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les aliénés, Moscou. — 30 *novembre* 1896.
BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de médecine, Saint-Pétersbourg. — 11 *novembre* 1889.
DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Pétersbourg. — 26 *décembre* 1898.
GORSKY (Mme DE). — 29 *octobre* 1888.
GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départemental de Kharkow. — 26 *novembre* 1900.
HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 *avril* 1863.
JACOBY (Paul), médecin-directeur de l'asile de Orel. — 26 *décembre* 1881.
KOWALEWSKI, professeur, Saint-Pétersbourg. — 31 *mai* 1886.
MIERZEJEWSKI, académicien, Saint-Pétersbourg. — 28 *octobre* 1878.
ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 *février* 1899.
POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 *octobre* 1888.
ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 *avril* 1877.
SEMIDALOW (Benjamin), médecin de la Maison d'aliénés d'Alexéew et de la Clinique psychiatrique, Moscou. — 28 *avril* 1902.
SOKALSKY, médecin-directeur de l'asile de Oufa. — 28 *février* 1898.
SOUKHANOFF, privat docent de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 *juillet* 1896.
SKWORTZOFF (Mlle Nadine). — 25 *juillet* 1881.

SERBIE.

VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 *décembre* 1883.

SUÈDE ET NORVÈGE.

BECHHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 *décembre* 1896.

BERLINY, médecin, à Malmö.

BJOLSTROM, professeur de psychiatrie de l'Université de Stockholm. — 27 *octobre* 1884.

LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 *décembre* 1874.

PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 *décembre* 1884.

SUISSE.

CHATELAIN, ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 *juillet* 1890.

DUNANT, ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 *mars* 1863.

GODET, médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neuchâtel). — 27 *février* 1899.

LADAME (Paul), privat docent à l'Université, 20, rue de Candolle, Genève. — 28 *juillet* 1884.

MARTIN (Johannès), ancien professeur de médecine mentale à l'Université de Genève, médecin-directeur de la Métairie, près Nyon. — 26 *février* 1895.

PACHOUD, médecin de la Maison de santé de Sully, Vevey-Montreux. — 28 *mars* 1892.

RABOW, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 *février* 1899.

SERRIGNY, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 16 *décembre* 1898.

TURQUIE.

CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 *janvier* 1893.

MONGERI (Luigi), médecin-aliéniste de l'hôpital royal italien, 20, rue Christian, Constantinople. — 30 *juillet* 1900.

Récapitulation.

Membres	honoraires	2
—	titulaires	45
—	correspondants	105
—	associés étrangers . . .	145
	Total. . . .	297

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de novembre 1903 : M. le Dr Marchand, médecin adjoint de l'asile de Blois, est promu à la première classe de son grade (3.000 francs);

M. le Dr Dericq, directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 francs);

M. le Dr Sizaret, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, près Rennes, est promu à la première classe de son grade (7.000 francs);

M. le Dr Dubourdieu, médecin-adjoint de l'asile de Pau, est nommé directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan), en remplacement de M. le Dr Schils, démissionnaire;

M. le Dr Terrade, médecin adjoint de l'asile de La Charité (Nièvre), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4. 000 francs) ;

M. le Dr Castin, médecin adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la première classe de son grade (3.000 francs).

NÉCROLOGIE

Dr Pons. — Les *Annales* viennent de faire une perte sensible : le Dr Pons, un de nos plus anciens et plus dévoués collaborateurs, est mort le 18 octobre dernier, dans sa soixante-deuxième année, à la suite d'une longue et douloureuse maladie qui l'avait contraint à une retraite prématurée.

Pons (Joseph-Honoré) naquit à Avignon le 15 octobre 1842. Après d'excellentes études classiques faites au lycée de sa ville natale, il se rendit à Montpellier pour y suivre les cours de la Faculté de médecine. Ses goûts le portant vers les recherches médico-psychologiques, il se fit nommer successivement interne de l'asile de Marseille, puis de celui de Quatre-Mares. C'est dans ce dernier établissement qu'il prépara sa thèse de doctorat

sur la *Pachyméningite*, qu'il soutint devant la Faculté de Paris, le 9 mars 1868, travail intéressant et non sans mérite.

Lorsque la guerre éclata, en juillet 1870, Pons prit du service en qualité d'aide-major et, pendant tout le siège de Paris, il fut attaché à l'hôpital de Vincennes. Cinq ans après seulement, le 20 mai 1875, il fut nommé médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Toulouse, où il resta près de deux ans. En février 1877, pour des raisons de famille, il demanda la situation de médecin en chef de l'asile privé de Saint-Pons, à Nice; il y resta pendant trois ans. Puis, rentrant dans le service des asiles publics, il occupa successivement le poste de médecin en chef ou de médecin directeur dans les établissements de Bailleul, de Marseille, où il obtint une médaille d'or pour sa belle conduite dans l'épidémie de choléra de 1884, de Pau, et enfin de Bordeaux où il passa les quinze dernières années d'une carrière honorablement remplie.

Pons était un médecin consciencieux et tout dévoué à ses malades. Les occupations professionnelles qu'il remplissait avec la plus scrupuleuse exactitude, ne l'empêchaient pas de se tenir au courant des progrès de la science qu'il aimait passionnément. A ceux qui l'aimaient comme lui, il sut être utile. Connaissant à fond la langue anglaise, il se proposa à la direction des *Annales*, pour faire connaître au public français les travaux intéressants que les médecins aliénistes anglais publient dans ce recueil d'une si haute portée scientifique, *The Journal of mental science*. D'abord en collaboration avec le regretté Dr Dumesnil, puis tout seul après la mort de celui-ci, c'est-à-dire depuis plus de vingt-cinq ans, il nous a donné ces analyses consciencieuses et très nourries qui constituent comme un résumé vivant de la « science mentale », en Angleterre. Pour notre distingué collaborateur, ce travail, que certains considèrent peut-être comme secondaire, était une tâche vraiment utile, un devoir à l'accomplissement duquel il apportait un zèle, un dévouement au-dessus de tout éloge. Selon le jugement d'un de nos confrères anglais, quand on avait lu les analyses si nourries de Pons, il était inutile de se reporter au texte original: on n'en pourrait dire autant de tous les comptes rendus de travaux français ou étrangers, publiés dans les journaux ou revues de médecine.

Notre regretté confrère a, en outre, enrichi notre littérature spéciale d'un certain nombre de travaux qui, certes, ne sont pas passés inaperçus, dont l'un même restera, sera souvent consulté, parce qu'il touche à une question toujours d'actualité : je veux parler de son mémoire si judicieux, d'un si grand sens pratique, sur le *Secret médical dans les asiles d'aliénés*, paru dans les *Annales* de 1900. Une pratique de plus d'un quart de

siècle dans les établissements spéciaux lui avait permis de connaître les mille difficultés auxquelles peut être aux prises le médecin aliéniste en ce qui concerne cette question si ardue. De combien de chausse-trappes notre carrière est semée, ceux-là seuls s'en rendent compte qui, comme notre regretté Pons, ont une longue expérience des services d'aliénés. De cette expérience, il a voulu faire profiter ses collègues, surtout ceux qui entrent dans la carrière, et il a écrit ce beau chapitre de déontologie médicale, œuvre d'une grande bonne foi et d'une haute élévation morale.

Parmi les nombreuses publications de notre savant collaborateur, il faut citer encore un article intitulé : « Deux asiles d'aliénés criminels (*Annales méd. psych.* numéro de mai 1896) ». Il s'agit des établissements de Montelupo, en Italie, et de celui de Matteawan, aux Etats-Unis. Pons nous décrit le premier après l'avoir visité ; le second, sur documents très sérieux. Il nous fait toucher le fort et le faible de l'un et de l'autre ; puis faisant un retour sur notre pays, il se demande, et avec raison, pourquoi pareille institution n'existe pas encore chez nous, où cependant — peut-être plus qu'ailleurs — la question des aliénés criminels a été étudiée et surtout discutée sous toutes ses faces. Signalons enfin l'intéressante communication que notre collègue est venu présenter au Congrès international de médecine mentale de 1900, intitulée : « Statistique des psychoses de la puberté à l'asile des aliénés de Bordeaux » ; elle apporte une contribution des plus intéressantes à ce problème de l'hébéphrénie qui préoccupe tant les aliénistes depuis quelques années.

Pons, que la maladie avait contraint à prendre sa retraite, s'était retiré à Nice. Malgré les soins les plus affectueux dont il était entouré, il ne jouit pas longtemps d'un repos si bien gagné ; la mort devait l'enlever six mois à peine après avoir quitté son service.

Notre regretté collègue était un honnête homme, dans toute l'acception du terme ; il laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir le meilleur, et je considère comme un devoir d'amitié de lui rendre ici ce dernier hommage qui, peut-être, eût blessé sa modestie, mais que je crois juste et à tous égards mérité.

A. R.

CIRCULAIRES MINISTÉRIELLES RELATIVES AUX ALIÉNÉS ÉTRANGERS ADMIS DANS LES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIAUX

Paris, le 1er décembre 1903.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, à MM. les Préfets.

M. le Ministre des affaires étrangères croit devoir appeler mon attention sur une demande de M. l'Ambassadeur d'Espagne à Paris, tendant à ce que l'admission des aliénés de nationalité espagnole dans les asiles publics ou dans les quartiers d'hospice existant sur le territoire de la République soit signalée immédiatement au Consul d'Espagne d'où ressort le département intéressé.

Cette mesure a pour but de permettre au représentant du Gouvernement espagnol de s'assurer de l'identité véritable de l'aliéné hospitalisé, et est indispensable pour éviter toute contestation au sujet du remboursement des frais de séjour.

Mon collègue ajoute qu'il y a le plus grand intérêt pour le Gouvernement français à se conformer strictement à ces indications, car s'il en était autrement les dépenses occasionnées, de ce chef, ne pourraient plus être recouvrées.

Vous voudrez bien prendre les mesures nécessaires en vue de l'exécution des présentes instructions, dont vous aurez soin de m'accuser réception.

Pour le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur et des Cultes :
Le Conseiller d'Etat, directeur
de l'Assistance et de l'hygiène publiques.

H. Monod.

Paris, le 26 novembre 1903.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, à MM. les Préfets.

Au cours de pourparlers engagés entre le Gouvernement de la République et le Gouvernement impérial de Russie pour l'élaboration d'une convention concernant le rapatriement des aliénés des deux pays, le cabinet de Saint-Pétersbourg a manifesté le désir de connaître le nombre des aliénés russes se trouvant à la charge de l'Assistance publique en France.

Vous voudrez bien me mettre en mesure d'établir cette sta-

tistique, en me faisant connaître le nombre exact de sujets russes placés dans les asiles publics ou quartiers d'hospices, ou asiles privés de votre département, au compte d'une collectivité quelconque.

Ce renseignement devra m'être adressé quinze jours au plus après la réception de la présente circulaire.

Le Ministre de l'Intérieur,
Pour le Ministre :
Le Conseiller d'Etat, directeur
de l'Assistance et de l'hygiène publiques.

H. MONOD.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle, le 15 décembre 1903, sous la présidence de M. Lancereaux.

Parmi les nombreux prix distribués, nous relevons les suivants décernés à des travaux de pathologie mentale et nerveuse.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques*. Un seul mémoire a été présenté.

Le prix est décerné à MM. les Drs PHILIPPE et CESTAN, de Paris.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. Sept mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à MM. les Drs Henry MEIGE et E. FEINDEL, de Paris : *Les tics et leur traitement*.

L'Académie accorde en outre une seconde mention à MM. les Drs René et Henri Larger, de Maisons-Lafitte : *Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence*.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. Trois mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à MM. le Dr N. VASCHIDE, de Paris, CL. VURPAS, interne à l'asile de Villejuif : *La logique morbide ; l'analyse mentale*.

Une mention honorable est accordée à M. le Dr P. CASTIN, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues : *Etude clinique sur les idées hypocondriaques de négation*.

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1904, 1905 et 1906. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de

janvier 1902, p. 156, et de mars 1903, p. 340); voici celles proposées pour 1906 :

Prix Baillarger. — *Partage interdit.* — 2.000 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Charles Boullard. — *Partage interdit.* — 1.200 fr. (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Civrieux. — *Partage interdit.* — 800 francs. (Annuel.) — Pli cacheté. — Question : *De l'encéphalite aiguë.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — *Partage interdit.* — 3.000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Henri Lorquet. — *Partage interdit.* — 300 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Nota. — Les concours de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin ; ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

Martyrologe de la psychiatrie (*suite*).

Une nouvelle victime du devoir. — Nous avons à enregistrer une nouvelle victime du devoir professionnel : Un gardien de

l'asile des aliénés de Braqueville, près Toulouse, a été assassiné par un des malades confiés à sa surveillance.

Dans la nuit du 1er août 1903, un peu après 11 heures, entre deux rondes de nuit, un malade de l'infirmerie, dégénéré, mystique, ancien remouleur, habitué à la vie nomade, voulant s'évader, assomma son gardien endormi en le frappant à la tête avec la tinette du dortoir et s'empara du trousseau de clefs que le gardien avait sous son oreiller.

Le veilleur de nuit, en faisant sa deuxième ronde, dérangea l'exécution du plan projeté et donna aussitôt l'éveil.

Les blessures de la pauvre victime intéressaient le front, l'orbite, les os du nez et la face. Malgré tous les soins, la mort survint le surlendemain.

Les autres malades du dortoir, presque tous tranquilles, étaient demeurés impassibles devant cette affreuse scène.

Depuis plus de quarante ans que l'asile de Toulouse existe, un tel malheur aurait pu se produire bien des fois, car dans près de la moitié des dortoirs, les gardiens devaient coucher parmi les malades.

La construction des chambres séparées pour tous les infirmiers, entreprise il y a dix ans, était à peu près terminée ; on avait naturellement commencé l'installation des chambres spéciales par les quartiers dangereux, des épileptiques et des agités, qui en étaient dépourvus. Aujourd'hui tous les infirmiers et infirmières ont des chambres isolées, d'où ils peuvent, sans danger, surveiller les dortoirs.

Le pauvre infirmier était un très bon serviteur que ses qualités avaient fait placer au quartier de l'infirmerie ; il a emporté les regrets de tous.

Le Secrétaire général, remplaçant le Préfet absent, vint assister aux obsèques et, avec une émotion que toute l'assistance partageait, il exposa en d'éloquentes paroles la vie de dévouement du personnel de surveillance des asiles, adressant à tous des encouragements et un dernier adieu à la pauvre victime du devoir professionnel.

TRIBUNAUX

Infraction à la loi sur les aliénés, — Loi du 30 juin 1838, *article* 41. — *Maison de santé hydrothérapique. — Pensionnaire atteint d'aliénation mentale. — Incertitude sur l'époque de la manifestation de cette maladie. — Avis adressés au représentant de la famille. — Relaxe.* (Tribunal correctionnel de la Seine. 11e chambre. — Présidence de M. Morisse. — Audience du 23 juin 1903). — Le fait par le directeur d'un

établissement médical hydrothérapique d'avoir admis au nombre de ses pensionnaires une personne atteinte d'aliénation mentale, ne tombe pas sous le coup de la loi du 30 juin 1838 et sous les pénalités de l'article 41 de cette loi, si, en fait, il n'est pas démontré que ce pensionnaire fût déjà atteint de démence à l'époque de son entrée dans l'établissement, et si, d'autre part, le directeur, après avoir reconnu l'existence de symptômes d'aliénation mentale, en a avisé le représentant de la famille du malade.

Ces solutions résultent du jugement suivant, rendu après plaidoirie de Me Bourdillon, avocat, pour le prévenu, et qui expose suffisamment les circonstances de la cause :

« Le Tribunal;

« Attendu que Comar, docteur en médecine, est prévenu d'avoir admis une personne atteinte d'aliénation mentale dans la maison de santé hydrothérapique qu'il tient à Paris, rue de la Glacière, n° 130 ;

« Attendu qu'il est constaté par un procès-verbal du commissaire de police, chef de la troisième brigade des recherches, qu'à la date du 25 mars 1903, le Dr Comar avait au nombre des pensionnaires de son établissement, le sieur M... F... C..., lequel a été reconnu être, à cette date, atteint d'aliénation mentale;

« Attendu qu'il est constant que ledit sieur C... était entré dans l'établissement du Dr Comar le 17 septembre 1900, mais qu'il n'est pas démontré qu'à cette date il fût déjà atteint d'aliénation mentale; que le ministère public n'établissant pas à quelle époque l'aliénation mentale s'est manifestée, il y a lieu de s'en rapporter à la déclaration du prévenu qui affirme que ce n'est que dans le courant de février 1903 qu'il a remarqué chez son pensionnaire des symptômes de démence ;

« Attendu qu'il résulte des documents produits qu'après avoir reconnu l'existence de ces symptômes, le Dr Comar en a avisé le représentant de la famille du sieur C..., pour qu'elle eût à prendre les mesures que la situation comportait; que la famille n'avait pas encore fait connaître sa décision lorsque le commissaire de police a fait la constatation, objet du procès-verbal précité ;

« Attendu que sans qu'il soit besoin de rechercher en droit si le médecin directeur d'une maison de santé qui s'aperçoit que le pensionnaire qu'il a admis dans son établissement, ne le sachant pas aliéné, est en effet atteint d'aliénation mentale, doit, sous peine de commettre une infraction à la loi pénale, porter ce fait à la connaissance de l'autorité administrative, il y a lieu de décider, en l'état des faits tels qu'ils ont été ci-

dessus spécifiés, qu'aucun délit ne saurait être retenu à la charge du prévenu ;

« Par ces motifs ;

« Renvoie Comar des fins de la poursuite sans dépens. »

Observations. — La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés édicte, sous les sanctions pénales de l'article 41, diverses prescriptions sur le placement des aliénés dans les établissements médicaux et sur la tenue de ces établissements. Notamment, aux termes de l'article 5, les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé. De plus, ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le Gouvernement et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la loi de 1838.

Sur les pénalités de l'article 41, voir : *Rép. gén. du droit franç.* (v° « Aliéné-Aliénation mentale », n° 47) ; *Pandectes françaises* (v° « Aliénés », n° 231).

Le jugement rapporté s'est fondé, pour relaxer le prévenu, sur les circonstances de fait que l'existence de l'aliénation mentale du pensionnaire à l'époque de son entrée dans l'établissement médical n'était pas démontrée. (*Gazette des tribunaux*, numéro du vendredi 30 octobre 1903.)

Obligation naturelle ou simple avance? — M. J... a un frère qui est depuis longtemps frappé d'aliénation mentale. Pendant sept ans, il l'a gardé chez lui, lui donnant ses soins, sans rémunération, car le malade était sans ressources. Un jour vint cependant où il ne put continuer ses sacrifices. Il le fit donc admettre dans un établissement d'aliénés du département de la Seine. L'aliéné était depuis quelque temps interné lorsqu'il lui échut un petit héritage de 12.000 francs.

M. J... a demandé alors à l'administrateur des biens de son frère le remboursement de 5.000 francs environ, montant des dépenses faites pour son compte alors qu'il l'avait sous sa garde.

Mais l'administrateur a fait la sourde oreille.

— En donnant des soins à votre frère, lui répondit-il, vous avez rempli une obligation naturelle. Or, il est de principe qu'il n'y a pas d'action pour la répétition des sommes dépensées en vertu d'une telle obligation. Nous ne devons, par conséquent, pas être condamnés à vous rembourser.

Mais la première chambre du tribunal civil, présidée par M. Ditte, en a jugé autrement. Après plaidoirie de Mᵉ Fischer pour le demandeur et de Mᵉ F. Ducuing pour l'administrateur, elle a estimé qu'à raison de la modicité des ressources de

M. J..., celui-ci devait être présumé n'avoir fait qu'une simple avance.

Il a donc été décidé, en principe, qu'un remboursement était dû.

Mais le montant de la demande avait été établi, en prenant pour base les tarifs de l'établissement public dans lequel l'aliéné est actuellement interné.

Le tribunal a jugé que ces tarifs étant assez élevés, il convenait d'adopter une autre base. Et il a fixé à 3.000 francs la somme qui devra être remboursée par l'administrateur.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 10 novembre 1903) :

Hier soir, un industriel, M. Georges Hulscher, âgé de vingt-sept ans, qui vit maritalement, 11 *bis*, rue Juliette Lamber, avec une jeune femme belge, Mlle Irma Lienkens, avait en visite des amis, M. et Mme Otto Phlugy.

On venait de prendre le thé et on causait. Tout à coup, la conversation devint particulièrement animée, et Mlle Irma se trouva d'une opinion différente de celle de ses amis.

M. Phlugy, dans l'intention d'éviter une querelle, demanda qu'on fît de la musique, et M. Hulscher se mit au piano. Pendant qu'il exécutait une sonate de Beethoven, Mlle Lienkens annonça qu'elle allait chercher dans sa chambre une robe neuve pour la montrer à sa visiteuse. Elle revint bientôt avec la robe, que l'on admira; mais personne ne s'aperçut qu'elle dissimulait dans sa main un rasoir.

Soudain, M. Phlugy sentit sur sa nuque le froid d'une lame. La jeune femme venait de lui faire une profonde blessure derrière le cou. Il voulut la désarmer, lui saisit le poignet; mais, glissant sur le parquet, il tomba, l'entraînant dans sa chute.

M. Hulscher, quittant le piano, se précipita au secours de son ami. Dans la courte lutte qui suivit, il se blessa grièvement à la main et eut le pouce emporté; il put néanmoins s'emparer du rasoir.

La jeune femme, en proie à une crise d'hystérie aiguë, se roulait sur le parquet en poussant des cris.

Un médecin qui habite la maison fut aussitôt requis et donna des soins aux blessés, dont l'état n'inspire pas d'inquiétude.

Quant à Mlle Irma Lienkens, elle a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt, sur l'ordre de M. Michaut, commissaire de police.

2. *Drame de la folie.* — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du lundi 16 novembre 1903), publie le fait divers suivant :

« Ce matin, à 9 h. 1/2, l'immeuble portant le nº 135 du boulevard Saint-Michel a été le théâtre d'un drame qui a fortement ému tout le voisinage.

« A cette adresse, au cinquième étage, un étudiant hongrois, le comte de Kornis, occupait, depuis trois ans, un petit logement de deux pièces. Il menait une existence rangée et vivait seul. Il n'entretenait aucune relation avec les locataires de la maison.

« Ce matin, en sortant de son logement, il croisa dans l'escalier un voisin. M. Paul Olive, étudiant en sciences, et, sans dire un mot, il braqua sur lui un revolver. M. Olive eut le temps de lever la main, pour parer son visage ; il reçut une balle dans le pouce gauche, et s'enfuit en poussant un cri.

« Tranquillement, le comte de Kornis continua à descendre l'escalier, et comme le frère de l'étudiant blessé, attiré par le bruit, ouvrait sa porte pour voir ce qui se passait, il se retourna et tira dans la direction de ce dernier trois coups de feu qui, heureusement, manquèrent leur but.

« Au troisième étage, le jeune Hongrois, qui était armé de quatre revolvers, rencontra une femme de chambre, Blanche Thiévenin, âgée de vingt ans, au service de Mme Nivel, et, comme il venait de le faire sur M. Olive, il tira sur elle, l'atteignant au cou. Puis il continua à descendre jusqu'à la loge de la concierge. Celle-ci, Mme Lejot, était sur le pas de sa porte.

« M. de Kornis tira également sur elle et la blessa grièvement dans la région du thorax. Immédiatement après, il appuya sur chacune de ses tempes le canon d'un revolver et, faisant feu des deux mains, il se fit sauter la cervelle.

« La mort fut instantanée.

« Un médecin qui habite la maison, le Dr Boulland, fut aussitôt appelé pour donner des soins aux trois blessés, qui furent conduits à l'hôpital Cochin. On put extraire immédiatement la balle que M. Paul Olive avait reçue dans le pouce.

« Quant aux deux femmes, elles ont été admises dans le pavillon Pasteur, où toutes deux ont dû être opérées immédiatement. Leur état inspire de sérieuses inquiétudes.

« M. Carpin, commissaire de police du quartier du Val-de-Grâce, s'est rendu à midi à l'hôpital, mais n'a pu interroger les deux blessées.

« Le corps de M. de Kornis a été transporté dans son logement. »

Quelques jours après, les journaux, complétant ce douloureux fait divers, annonçaient que Mme Lejot était morte des suites de sa blessure. Ils ajoutaient qu'en apprenant la nouvelle de cette mort, la sœur de Mme Lejot, Mme Godard, fut frappée d'une congestion cérébrale et mourut quelques heures après.

3. *Alcoolique incendiaire.* — On lit dans la *Liberté* (numéro du mercredi 18 novembre 1903) :

Un ouvrier graveur, Georges Guislans, habitait 5, rue de Montenotte, avec sa maîtresse, Eugénie Laplace. L'homme était laborieux et doux. La femme passait ses journées à boire et quand elle était en état d'ébriété, ce qui lui arrivait presque quotidiennement, elle battait son amant.

Il y a quelque temps, elle était partie après avoir enfermé Guislans, et ne l'avait délivré qu'au bout de plusieurs jours. Une autre fois, elle avait mis le feu au mobilier.

C'était hier la Sainte Eugénie et les deux amants célébrèrent cette fête par force libations, en compagnie d'une jeune bonne surnommée Nini-Patte-en-l'Air.

Guislans, un peu gai, voulut se montrer aimable avec son invitée. Eugénie Laplace saisit une lampe et la lui lança à la tête.

Le départ de Nini mit fin à la dispute.

Guislans se coucha et s'endormit. Sa maîtresse, alors, entassa, au pied du lit, des chiffons sur lesquels elle jeta un litre d'essence, un litre de pétrole, et approcha une allumette.

Le pauvre Guislans se réveilla au milieu des flammes. Des voisins, accourus à ses cris, éteignirent le feu, tandis que deux agents s'emparaient de l'incendiaire, qui regardait tranquillement brûler les hardes et le lit.

Guislans, grièvement brulé à la jambe gauche, a été transporté à l'hôpital Beaujon. Eugénie Laplace a été envoyée au Dépôt.

4. *Suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 18 novembre 1903) :

« On mande de Moscou qu'un très riche marchand de poissons, nommé Guédon Bararof, appartenant à la secte des vieux chrétiens, a répandu, dans un accès de folie religieuse, du pétrole sur une pile de bois; après s'y être couché, il y mit le feu. Son cadavre a été trouvé carbonisé. »

5. *Un aveugle assassin.* — On télégraphie de Largentière au *Matin* (numéro du mardi 24 novembre 1903) :

« Dans un accès de folie, un aveugle nommé Eugène Suchon, âgé de quarante-deux ans, a donné un coup de couteau à sa femme, Clarisse Soboul, âgé de trente-cinq ans.

« La mort a été instantanée.

« Le meurtrier s'est donné un coup dans les reins et est mort également. Il laisse deux enfants. »

6. *Un fou à la Banque d'Angleterre.* — Sous ce titre, le *Journal* (numéro du mercredi 25 novembre 1903) publie le fait divers suivant :

Ce matin, une grande émotion régnait à la Banque d'Angleterre; tous les services étaient interrompus.

Un individu, âgé d'une trentaine d'années, correctement vêtu, était venu demander à parler à sir Augustus Prevost, gouverneur de la Banque. Introduit auprès de M. Graham, secrétaire de la Banque, il tirait sur lui, coup sur coup, trois coups de revolver, puis un quatrième coup sur sir Augustus Prevost, qui était accouru au bruit des détonations. Ni sir Augustus Prevost, ni M. Graham ne furent atteints. Ils gagnèrent la porte et donnèrent un tour de clef.

Comme l'individu était armé et menaçait de tuer quiconque ouvrirait, on fit amener le matériel d'incendie, et on l'inonda avec une forte projection d'eau, puis on entra dans la chambre et on engagea avec lui une lutte désespérée. Quand on s'en fut rendu maître, il était blessé à la tête et en état de syncope. On l'étendit sur une civière et on le transporta au bureau de police, où un médecin constata qu'il était simplement endormi.

Revenu de sa torpeur, vers deux heures, l'individu a déclaré se nommer Georges Robinson. Il a exposé des idées bizarres au sujet de la distribution des richesses et du bien-être de l'humanité.

On était en présence d'un fou; aussi l'a-t-on envoyé à l'infirmerie.

7. *Drame de la folie.* — Sous ce titre le *Petit Temps* (numéro du mercredi 25 novembre 1903) publie la dépêche suivante reçue de Marmande :

Dans la nuit de dimanche à lundi, un drame de la folie a mis en émoi la population marmandaise. Voici en peu de mots ce qui s'est passé :

Le sous-chef artificier de l'artillerie coloniale Emile Patin, en garnison à Toulon, et qui s'était marié mardi dernier à Salon (Var), accomplissait son voyage de noces. Après être allé dans sa famille, à Larroque-Timbaut, près d'Agen, il se rendit dans cette dernière ville pour y faire visite à son frère, interné à l'asile des aliénés, et s'arrêta, dimanche soir, en compagnie de sa jeune femme, à Marmande.

Des symptômes inquiétants décidèrent la jeune femme à conseiller à son mari d'interrompre leur voyage d'agrément et de retourner vers Toulon, au lieu de continuer à se diriger vers Bordeaux. Elle avait remarqué que son mari était subitement devenu taciturne et qu'il avait des allures étranges. On décida de prendre, lundi, le train de minuit quinze vers Toulouse. Le couple se rendit à la gare.

A ce moment, Patin avait donné des signes non équivoques de démence : il s'engagea sur la voie, mais refusa de prendre son ticket. Le train arriva et lorsqu'il le vit repartir, Patin se

précipita sur le marchepied d'un wagon et se laissa ainsi emporter sur un parcours d'environ 300 mètres, pendant que sa femme se morfondait et se lamentait sur le quai de la gare.

Le malheureux fou ne resta que quelques secondes accroché au train; il se laissa choir sur la voie et dans sa chute se fit au sommet de la tête une blessure large et profonde, par où le sang s'échappait en abondance. Un aiguilleur le rencontra la figure ensanglantée, cherchant à s'orienter. Il l'emmena vers la gare ; mais, chemin faisant, le fou se précipita sur une aiguille qu'il se mit à faire fonctionner en tous sens, juste au moment où une machine en manœuvre s'engageait sur la bifurcation des lignes. La machine dérailla, mais aussitôt le mécanicien renversa la vapeur et évita un grave accident.

Le sous-officier fut reconduit à la gare non sans difficulté, car la crise qui l'agitait ne faisait qu'augmenter d'intensité et il cassait et brisait tout ce qu'il trouvait sur son passage. A un moment donné, le dément était en pleine folie furieuse et il fallait pour le maintenir, l'intervention de plusieurs hommes robustes.

Emile Patin a été transféré provisoirement à l'hospice de Marmande.

8. *Tentatives d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du vendredi 27 novembre 1903) :

Un homme, habillé avec soin, se promenait nerveusement hier, vers quatre heures de l'après-midi, dans la salle des Pas-Perdus, à la gare Saint-Lazare. Il parlait tout haut et prononçait des paroles incohérentes. Tout à coup il sortit un revolver de sa poche et fit feu par deux fois.

Les balles se perdirent. Des agents, attirés par les détonations, se précipitèrent sur l'homme et le conduisirent au commissariat spécial.

Là il continua à donner des signes évidents d'aliénation mentale. Il s'appelle Alphonse Peuriot, est âgé de trente-quatre ans. Il a appartenu au service télégraphique de la Compagnie de l'Ouest et demeure à Boulogne-sur-Seine. Il avait été congédié quinze jours plus tôt, à la suite d'une série d'extravagances, subséquentes de son état cérébral. Peuriot qui se voyait des ennemis partout, était sans doute revenu à la gare pour se venger d'eux.

Il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale.

9. *Excentricités.* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 29 novembre 1903) :

Un malheureux aliéné, Jacques Léveillé, vingt-cinq ans, s'est introduit, hier matin, après s'être débarrassé de tous ses vêtements, dans l'église Sainte-Marthe, aux Quatre-Chemins,

à Pantin, et s'y est livré à diverses excentricités, au légitime scandale et grand émoi des fidèles.

Les gendarmes se sont emparés du dément, que M. Jublin, commissaire de police, a dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

10. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 29 novembre 1903) :

Un homme, paraissant âgé d'une cinquantaine d'années, vêtu d'un drap blanc, la tête couronnée de feuilles sèches, parcourait, hier, vers midi, les allées du parc Montsouris, traînant à sa suite un rassemblement considérable.

Soudain, au milieu de ses propos incohérents, il se mit à crier :

— Lenhari veut du sang ! Lenhari en aura !

En même temps, il tira un poignard de sa ceinture et, saisissant une fillette, il se disposait à la frapper, lorsque, fort heureusement, il en fut empêché.

Alors, d'un geste brusque, il se porta dans la poitrine deux coups de son arme et roula inanimé sur le sol.

M. Baissac, commissaire de police de Montrouge, a fait transporter ce fou dangereux, dont l'état est très grave, à l'hôpital Broussais.

C'est un ancien avoué, Louis M..., demeurant rue du Loing, dont l'esprit s'est dérangé à la suite de chagrins intimes.

11. *Excentricités.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi 1er décembre 1903) :

Les cheveux en désordre, les yeux hagards, une femme, paraissant âgée d'une quarantaine d'années, suivait, hier matin, le boulevard Poissonnière. Parfois, elle s'arrêtait, et brandissant un long parapluie de coton bleu, elle en menaçait les passants. Elle arriva devant les bureaux du *Matin* :

— Ah ! s'écria-t-elle, me voici donc enfin devant le palais de Brunehaut. Malheur à elle !...

Elle lança dans les vitrines d'exposition son innocent parapluie, tel un javelot.

Deux agents arrêtèrent aussitôt la femme et la conduisirent au commissariat de police du faubourg Montmartre.

— Je suis Frédégonde, dit-elle au commissaire de police, et j'ai voulu me venger de Brunehaut. Je reviendrai d'ailleurs avec mes hommes d'armes, et sa forteresse ne pourra pas tenir longtemps.

M. Rieux a envoyé la malheureuse folle à l'infirmerie du Dépôt. C'est une nommée Ernestine Vicat, domestique, âgée de quarante et un ans, originaire de la Vendée.

12. *Une mère qui dévore son enfant.* — On lit dans le *Petit Marseillais* (numéro de jeudi 3 décembre 1903) :

Un drame poignant et dont l'horreur dépasse les bornes de

la conception humaine s'est déroulé, dans la soirée de mardi, à la suite et dans les circonstances que nous allons retracer.

Il y a environ cinq mois, une jeune femme de vingt-sept ans, Hortense Estival, originaire du département du Lot, arriva à Marseille venant de Bordeaux, en compagnie d'un nommé Dufil avec lequel elle vivait maritalement.

Celui-ci ne tarda pas à se placer comme cocher, chez Mme M..., au village de Saint-Barthélemy, où il est encore à l'heure actuelle.

Dans les derniers jours de septembre, Hortense Estival, qui était sur le point de devenir mère, se rendit chez une accoucheuse établie à Saint-Barnabé et le 30 de ce même mois, elle mit au monde une magnifique fillette qui reçut le nom poétique de Noëlie. Tout semblait aller au gré d'Hortense Estival, et elle était heureuse de sa maternité. A quelques semaines de là cependant sa santé devient précaire et périclita au point que le docteur à qui elle s'adressa conseilla à Hortense Estival de changer d'air. Et celle-ci partit pour Bordeaux avec sa fillette. Elle revint à Marseille samedi dernier.

En arrivant, Hortense Estival s'en alla chez Dufil, dans le domicile qui leur était commun avant son voyage. Mais une déception l'y attendait, et on raconte qu'une scène eut lieu à la suite de laquelle Hortense vint demander l'hospitalité à la femme du frère de son ami, qui tient une buvette au n° 9 de la rue de l'Obélisque.

On remarqua qu'Hortense Estival avait « un œil poché » et, interrogée, elle prétendit que son ami l'avait battue. Ses allures, à partir de ce moment, semblèrent incohérentes, et ayant retiré de sa malle une robe qui lui appartenait pourtant, elle prétendit qu'on l'y avait mise pour l'accuser ensuite de l'avoir volée. Elle s'en fut même en faire la déclaration chez M. Riols, commissaire de police, rue Saint-Sébastien.

Hortense Estival exprima ses craintes à M. Riols et lui demanda de la protéger contre ceux qui voulaient lui dérober son enfant. Puis, lundi, Hortense alla à la mairie dans l'intention de savoir comment sa fillette avait été inscrite et si son père l'avait reconnue. On lui répondit qu'il n'en était rien et elle revint rue de l'Obélisque dans un état de surexcitation extrême, que les personnes chez qui elle était mirent sur le compte du chagrin que lui inspiraient ses dissentiments avec son ami.

Enfin, dans la soirée de mardi, vers 7 heures 1/2, Hortense Estival, qui se trouvait en ce moment dans la cuisine de la buvette, rue de l'Obélisque, 9, disparut tout à coup avec sa fillette. On n'y prit pas garde, en pensant que, sans doute, elle était montée dans sa chambre pour se coucher.

Il n'en était rien, hélas!

En effet, vers 8 h. 45, la domestique de la maison étant allée dans le jardin, pour y étendre des serviettes, aperçut Hortense Estival qui déchirait à belles dents le corps de sa petite fille, les yeux hors des orbites, comme une louve qui s'acharnerait sur une proie!

Épouvantée par ce spectacle, la domestique alla vers sa patronne et, toute tremblante d'émotion, elle lui dit en des sanglots rauques :

— Venez vite! Votre belle-sœur mange la petite Noëlie!

On se précipita dans le jardin et on se trouva en présence de l'horrible réalité!

Hortense Estival, ainsi que l'avait dit la domestique, dévorait sa fillette, dont le corps nu gisait tout pantelant sur la terre humide et glacée du jardin!

Le commissaire de police, prévenu, accourut et aussi le Dr Larche, qui avait été mandé aussitôt.

On constata alors que la petite Noëlie était affreusement mutilée!

Le maxillaire inférieur n'existait plus! Les doigts de la main gauche étaient enlevés jusqu'à la deuxième phalange et le pouce et l'index de la main droite manquaient également!

Une oreille avait été arrachée, et sur le bras droit on voyait la trace de cruelles morsures et d'ecchymoses nombreuses.

C'était affreux, et le spectacle était navrant de cette malheureuse femme qui, dans un état de surexcitation indicible, demandait son enfant avec des cris d'angoisse.

— Où est ma fille? On veut me l'enlever! On veut me la prendre! Je veux la manger toute!

Au commissariat de police, où vinrent en hâte, en dépit de l'heure, M. Guyon, procureur de la République, et M. Cavaillon, juge d'instruction, Hortense Estival eut une crise affreuse. Elle répondit ensuite aux magistrats en des paroles incohérentes, et finalement se mit à chanter.

Cette malheureuse a été provisoirement écrouée à la prison des Présentines, et aujourd'hui elle sera remise à l'asile d'aliénés, aux soins du Dr Boubila. En attendant, il a fallu lui passer hier la camisole de force et commettre à sa garde une religieuse et deux infirmières. C'est une femme d'aspect robuste, à la figure de paysanne. Elle ne cesse de demander sa fille et n'a évidemment pas conscience de son acte... Puisse-t-elle l'ignorer toujours!

La petite Noëlie est morte le même soir, vers 9 heures, et son pauvre corps d'innocente martyre a été transporté à l'hôpital de la Conception. Elle était si belle et si développée qu'on lui aurait donné six mois au lieu de deux.

Détail horrible : en faisant des recherches dans le jardin, où ce drame s'est déroulé, M. Riols, commissaire de police, n'a trouvé qu'un morceau de la lèvre de la petite Noëlie. La mère a donc dévoré tout le reste!

FAITS DIVERS

Rue Théophile-Roussel. — Dans sa séance du mercredi 4 novembre 1903, le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de MM. Chassaigne-Goyon et Sauton, a décidé de donner à une des rues de Paris le nom de Théophile-Roussel.

Récompense méritée. — Sur la proposition du Préfet de la Vendée, M. le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, vient d'accorder une médaille d'honneur de l'Assistance publique à M. et Mme Martineau, infirmiers à l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon, chargés du quartier des enfants arriérés et épileptiques.

Délibération du Conseil municipal de Saint-Bonnet-Tronçais contre l'assistance familiale des aliénés. — On nous communique l'extrait suivant du registre des délibérations du Conseil municipal de Saint-Bonnet-Tronçais, publié par le *Courrier de l'Allier* (numéro du mardi, 8 décembre 1903) :

« M. le président expose que depuis qu'on a mis dans la commune des pensionnaires dépendant de l'Assistance publique de la Seine, il n'y a plus de sécurité et qu'il serait urgent de débarrasser le pays ; le Conseil, sur l'exposé de M. le maire, estime que l'introduction dans la commune des pensionnaires de la Seine est un véritable fléau pour le pays, tant au point de vue de l'hygiène que des bonnes mœurs ; il est urgent de demander le retrait par ces motifs et, à l'unanimité des membres présents, rapporte la délibération du 14 juin 1900, émettant le vœu que l'Assistance publique confie aux familles de Saint-Bonnet des malades dépendant de la subdivision d'Ainay. »

ENSEIGNEMENT

ASILE DE VILLEJUIF. — Service de M. Toulouse. Maladies mentales et épilepsie. Le mercredi matin, à 10 heures, visite du service et présentation des malades intéressantes.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DES AMIS DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

La Société des Amis de l'Université de Nancy nous communique la note suivante :

« Un anonyme qui s'est intéressé à la « psychose circulaire »

et l'a étudiée dans les ouvrages de MM. Ritti et Dumas (Ant. Ritti, *Traité clinique de la folie à double forme*, chez O. Doin. G. Dumas, *La tristesse et la joie*, chez F. Alcan), a offert, à la Société des Amis de l'Université de Nancy, une somme de 700 francs destinée à récompenser le meilleur ouvrage sur la question.

« Le prix sera donné au meilleur travail original, qui devra comprendre des études expérimentales de physiologie pathologique (analyses d'urine, toxicité urinaire, examen du sang, étude de la respiration et de la circulation dans les deux phases de la maladie, etc...). — Ce mémoire ne devra pas embrasser toute la question, mais élucidera seulement l'une ou quelques-unes des questions de physiologie pathologique qui s'y rapportent.

« Le titre des mémoires présentés sera « *De la psychose dite folie circulaire.* »

« Les mémoires originaux pourront être écrits ou imprimés en langue française. Ils devront être adressés à M. le président de la Société des Amis de l'Université de Nancy, pour la date du 1er mai 1905. Ils ne seront pas signés, mais porteront une devise qui sera reproduite sur une enveloppe cachetée dans laquelle l'auteur placera ses nom, prénoms et adresse. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie morbide

—

LE PROPHÈTE SAMUEL

Par le Dr Charles BINET-SANGLÉ

Professeur à l'École de psychologie de Paris.

Suite et fin (1).

VI. — Schemouël jaloux de Schaöul.

Toutefois il n'avait pas pris son parti de la victoire qui, en grandissant le roi, diminuait le juge. Son amertume lui remonta aux lèvres et s'exhala en reproches et en menaces :

« Schemouël s'adressant à tout Israël, lui dit :

« J'ai donc écouté votre voix en tout ce qu'elle m'a demandé ; je vous ai même consacré un roi qui marchera

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre et novembre-décembre 1903, de janvier-février 1904.

devant vous. Moi, je suis vieux, j'ai blanchi, mes fils sont là parmi vous. Depuis le temps de ma jeunesse jusqu'aujourd'hui, je me suis trouvé à votre tête. Eh bien! me voici! Élevez la voix contre moi devant Iahvé et devant son oint. A qui ai-je pris son bœuf ou son âne? Qui ai-je pillé ou violenté? De la main de qui ai-je reçu un prix quelconque pour ne point regarder sa faute? Je restituerai tout.

— « Tu n'as commis, lui répondirent-ils, ni pillage, ni violence; de la main de quelqu'un tu n'as rien pris.

— « Que contre vous Iahvé et son oint soient aujourd'hui témoins que dans ma main vous n'avez rien trouvé!

— « Témoins », s'écrièrent-ils.

— « Il est donc témoin, cet Iahvé, ajouta Schemouël, qui a formé Mosché (Moïse) et Aäron, et qui a fait monter vos pères de la terre de Miçraïm! Et maintenant, rangez-vous, je vais vous rappeler, devant Iahvé, toutes les justices qu'il a exercées envers vous et envers vos pères, de quelle façon Iäqob est venu en Miçraïm, et comment vos pères ont invoqué Iahvé. Celui-ci a envoyé Mosché et Aäron pour tirer vos ancêtres de Miçraïm et les établir en ce pays. Comme ils l'oubliaient, lui, leur Elohim, Iahvé les livra aux mains de Sissera, le sar de l'armée de Hazor, et à celles des Pélischtim et aux mains du roi de Moab. Mais opprimés par ces ennemis, ils supplièrent leur dieu : « Nous avons péché, car nous avons délaissé Iahvé, pour servir les Baals et les Astartès; maintenant tire-nous de la main de nos ennemis, et nous te servirons. » Alors Iahvé envoyait Iéroubbaal, Bedan, Iphtah, *Schemouël*, pour vous sauver de la main des ennemis qui vous entouraient, et pour vous donner une résidence sûre dans votre terre. Mais quand Nahasch, roi des Benê-Ammon, a fait son attaque contre vous, vous m'avez dit : « Non! qu'un roi règne sur

nous! » Cependant Iahvé, votre Elohim, voilà quel était votre roi. Maintenant vous l'avez, ce roi que vous avez choisi et sollicité. Iahvé vous l'a donné. Puissiez-vous craindre Iahvé, le servir, et entendre sa voix sans vous révolter contre ses ordres! Puissiez-vous être, vous et le roi qui va vous gouverner, dociles à Iahvé, votre Elohim! Mais si vous n'écoutez pas sa voix, et que vous vous révoltiez contre ses volontés, la haine d'Iahvé sera sur vous comme elle a été sur vos pères. Maintenant soyez attentifs, et voyez ce grand phénomène qu'Iahvé va devant vos yeux accomplir. N'est-ce pas maintenant la moisson du froment? Je vais invoquer Iahvé : il enverra des voix et la pluie, et vous saurez fort bien que vous avez commis un grand mal devant lui en demandant un roi (1). »

En effet, le jour même, il tonna et il plut.

Peut-être n'y avait-il là qu'une coïncidence. La moisson se faisait en Kénäan à la fin de juin et au commencement de juillet : un orage à cette époque de l'année n'avait rien d'exceptionnel.

Toutefois il convient de rappeler qu'il existe chez les plantes, chez les animaux et chez l'homme un *sens météorologique*, qui leur permet de pressentir les changements de temps, et de manifester ce pressentiment par des attitudes et des actes.

Si, par exemple, la pluie menace, *Calendula pluvialis* (souci pluvial) n'ouvre pas ses fleurs, *Sanguisorba officinalis* (pimprenelle commune) ferme ses feuilles, *Trifolium pratense* (trèfle commun) redresse sa tige, les limaces et les vers de terre sortent de leurs trous, les fourmis interrompent leurs travaux et rentrent dans leurs galeries en entraînant leurs larves, les abeilles évitent de s'éloigner de leurs ruches, les insectes parasites

(1) I Schemouël, XII.

s'acharnent sur la peau de leurs hôtes, les poissons se tiennent à la surface de l'eau et sautent fréquemment (1), les crapauds et les rainettes coassent dans les lieux élevés, les oiseaux s'épluchent et se fardent (2), les geais, les pics verts, les pigeons, les corneilles, les paons, les oiseaux aquatiques sont plus bruyants et plus agités que de coutume, les oiseaux nocturnes se font entendre en plein jour, les hirondelles volent bas (3), les chats se lèchent longuement (4), les ânes remuent la tête et les oreilles (5), les moutons et les porcs donnent des signes d'inquiétude et d'agitation (6), les bovidés lèvent le muffle et hument l'air.

L'homme peut aussi, sans baromètre, thermomètre ni hygromètre, par l'observation du ciel, des astres, de l'atmosphère, des plantes et des animaux, prévoir les changements de temps. Il le peut aussi à l'aide du complexus de sensations internes qui constituent le *sens météorologique*. C'est ainsi qu'à l'approche de l'orage il éprouve une sensation de chaleur étouffante, due à la diminution de l'évaporation cutanée et pulmonaire, et des sensations électriques. Chez la femme et l'enfant, ces sensations sont plus intenses et s'accompagnent de malaise, d'oppression, de douleurs vagues, de lourdeur de tête et d'anxiété (7). Il en est de même chez les névropathes et les fous, et lorsque la tension électrique de l'atmosphère est très élevée, la population des asiles s'agite et vocifère. — D'autre part Braid, vérifiant les expériences de Reichembach, a constaté que certains sujets éprouvent une sensation particulière, lorsqu'on leur promène un aimant depuis le poignet jusqu'au bout des doigts,

[illegible] et (3) Ce qui est dû peut-être à l'abaissement du vol des [illegible]erons.

(2) (4) (5) (6) Ce qui est dû peut-être à l'acharnement des parasites.

(7) Voir Beaunis. *Les sensations internes*. Alcan 1889, p. 163-4.

et perçoivent une lueur autour des pôles d'un aimant placé dans l'obscurité.

Il est donc possible que Schemouël ait pressenti l'orage, et ait pu, comme le font aujourd'hui les sorciers nègres, le prédire presque à coup sûr.

Le peuple fut effrayé :

« Prie pour tes serviteurs Iahvé, ton Elohim, dit tout le peuple à Schemouël, afin que nous ne mourions pas, car à toutes nos fautes nous avons ajouté celle de solliciter un roi. »

Le roë tira aussitôt profit de cette crainte : « Ne craignez rien, répondit-il, tout le mal est accompli. Seulement ne vous détournez pas d'Iahvé et le servez de tout votre cœur... Ne vous éloignez pas de lui pour courir après les choses de néant qui ne sauvent ni ne délivrent, car elle ne sont rien. Iahvé, à cause de son grand nom, n'abandonnera pas son peuple, car il a voulu faire de vous une nation. Loin de moi de pécher contre Iahvé ou de cesser de prier pour vous ! Je vous marquerai toujours le bon et droit chemin. Seulement craignez Iahvé et le servez avec vérité et de tout votre cœur, en considérant ce qu'il a fait de grand pour vous. Si vous vous laissez aller au mal, vous et votre roi, vous périrez (1). »

Au fond il nourrissait contre Schaöul une jalousie profonde, et cette jalousie, la passion des dégénérés, se manifesta un jour d'une façon violente.

Schaöul venait de déclarer la guerre aux Pélischtim, et Schemouël lui avait donné rendez-vous sept jours après à Guilgal, pour y offrir l'holocauste destiné à se rendre Iahvé favorable dans les batailles. Les sept jours écoulés Schemouël ne paraissant pas, Schaöul, qui voyait le peuple se disperser et craignait une attaque des Pelischtim, offrit lui-même l'holocauste. Il ne faisait du

(1) I. Schemouël XIII

reste que suivre l'exemple des autres souverains sémitiques qui s'arrogeaient le titre et parfois les fonctions de chefs du sacerdoce. Mais c'était empiéter sur les prérogatives de Schemouël.

Comme il achevait d'immoler, celui-ci parut. On conçoit sa colère. Les excuses du roi ne le touchèrent pas.

« Tu as fait l'insensé, lui cria-t-il, mettant de côté l'ordre que t'avait donné Iahvé ton Elohim, qui, lui, aurait affermi ta royauté sur Israël à jamais. Mais ta puissance ne se tiendra pas debout, car Iahvé a cherché un homme selon son cœur, qu'il a établi chef de son peuple, parce que tu n'as pas suivi la volonté d'Iahvé (1). »

Et se levant, il s'en fut à Guibéä de Béniamin.

Evidemment il avait déjà songé à remplacer par un homme sans gloire le vainqueur de Moab, des Benê-Ammon, d'Edom, des rois de Çoba et des Pelischtim. Ce n'était point chose facile. Le peuple pouvait prendre parti pour le roi, et alors c'en était fait de sa puissance.

Il essaya donc de le perdre. Du moins il est impossible de trouver un autre mobile à l'ordre étrange qu'il lui donna.

Lors de l'exode, les Amalécites, la plus puissante des peuplades voisines, avaient attaqué les traînards des Bené-Israël se rendant en Kenaän. Évoquant cette ancienne histoire, Schemouël jeta Schaöul sur les gens d'Amaleq, dans l'espoir qu'il serait vaincu :

« C'est moi, lui dit-il un jour, qu'Iahvé a envoyé t'oindre roi sur son peuple, sur Israël. Et maintenant, écoute la parole d'Iahvé. Ainsi a dit Iahvé-Çébaoth : « J'ai compté ce qu'à fait Amaleq à Israël, lui barrant le chemin lorsqu'il monta de Miçraïm. Maintenant, marche, frappe Amaleq, et voue tout ce qui est à lui sans en rien épargner. Massacre depuis l'homme jusqu'à la femme,

(1) *Exode* XVII. *Deutéronome* XXV.

ainsi que l'enfant et le nourrisson, le bœuf et la brebis, le chameau et l'âne (1). »

Schaöul « fit connaître cet ordre au peuple » (2), déclara la guerre aux Amalécites et remporta la victoire. Mais, au lieu de tout massacrer, comme il en avait reçu l'ordre, il épargna le roi Agag, ainsi que le meilleur du petit troupeau et du bétail, et tout ce qui avait de la valeur. Ainsi, non seulement il ajoutait à sa gloire, mais il s'enrichissait d'un nouveau butin.

VII. — La seconde impulsion morbide. Meurtre d'Agag.

A la nouvelle de cette désobéissance et surtout de cette victoire, Schemouël entra dans une violente colère. Il ne put dormir la nuit suivante, et eut jusqu'au matin des colloques avec sa voix. Iahvé lui dit : « Je regrette d'avoir fait roi Schaöul, car il s'est éloigné de moi et n'a point accompli mes paroles (3). »

Le lendemain, il alla au devant du roi, qui chercha à s'excuser, disant que le bétail épargné était destiné aux sacrifices. Mais il ne voulut rien entendre. Il rappela une fois de plus à Schaöul sa dépendance envers lui et l'humilité de son origine. « Si petit que tu aies été à tes propres yeux, n'es-tu pas devenu la tête des tribus d'Israël, et n'est-ce pas Iahvé qui t'a oint pour roi sur Israël? Il t'a fixé ton chemin, et t'a dit : « Va! et voue les pécheurs, c'est-à-dire Amaleq, et les combats jusqu'à l'extermination. » Pourquoi n'as-tu pas écouté cette voix, t'es-tu emparé des dépouilles, et as-tu fait le mal aux yeux d'Iahvé?...

(1) I. Schemouël XV.
(2) *Ibid.*
(3) *Ibid.*

« Ecouter vaut mieux que le sacrifice,

« Mieux que la graisse des béliers.

« Car elle est semblable à la sorcellerie, la rébellion.

« Et comme l'iniquité des sérafim est la désobéissance,

« Puisque tu as repoussé la parole d'Iahvé, lui aussi te repousse comme sien. »

Alors, comme plus tard les rois de France, Robert II, Philippe Ier et Louis VI devant les papes, Schaöul s'humilia devant Schemouël :

« J'ai péché, dit-il, en transgressant l'ordre d'Iahvé et tes paroles ; mais, craignant le peuple, j'ai écouté sa voix. Et maintenant, efface ma faute, et reviens avec moi : je me prosternerai devant Iahvé. »

Mais la décision du roë était prise. Il ne voulait plus de Schaöul :

« Je me garderai de retourner avec toi, s'écria-t-il, car tu as méprisé le commandement d'Iahvé ; aussi ne te veut-il plus pour roi en Israël. »

Et il se tourna pour partir.

Mais Schaöul le saisit par un pan de son méhil, qu'il arracha : « Iahvé, cria le nabi, t'arrache aujourd'hui la royauté d'Israël pour la donner à un autre qui vaut mieux que toi. La Vérité d'Israël ne ment point, ni ne se repent ; car ce n'est pas un homme pour se repentir.

— « Oui, j'ai péché, reprit Schaöul, mais, je t'en prie, rends-moi honneur devant les zeqénim de mon peuple et devant Israël, et reviens avec moi ; je ferai mes prosternements à Iahvé, ton Elohim. »

Le prophète revint sur ses pas, à la suite de Schaöul, et celui-ci se prosterna devant Iahvé : « Amenez-moi, cria Schemouël, Agag, roi d'Amaleq. » Agag, joyeux, s'approcha, disant : « Certes, la mort amère s'est retirée. » — « Ton épée, répliqua Schemouël, a fait bien des femmes sans enfants ; c'est à ta mère, maintenant,

parmi les femmes, à être sans fils. » Et Schemouël égorgea Agag devant Iahvé, à Guilgal (1). »

Cette scène dramatique donne la mesure de l'orgueil, de la cruauté et de l'impulsivité de Schemouël.

VIII. — Le Sacre de David. — Mort de Schemouël. Ses fils.

Il ne pardonna pas à Schaöul et ne le revit plus. Mais la voix qui le hantait exprimait son repentir de l'avoir fait roi.

Il ne se sentait plus le maître et, celui qui l'avait tant craint, c'était à son tour de le craindre.

La voix hallucinatoire lui ayant conseillé d'aller oindre un des fils d'Ischaï, le Béthléhémite : « Comment irais-je? répondit-il. Si Schaöul l'apprend, il m'égorgera. » — « Tu prendras avec toi une génisse du troupeau, reprit Iahvé, et tu diras : « C'est pour sacrifier à Iahvé que je suis venu. » Tu convoqueras Ischaï au sacrifice, et moi je te ferai savoir ce que du devras faire ; tu m'oindras celui que je te marquerai (2). »

Il se rendit donc à Béthléhem, purifia Ischaï et ses fils, et les convoqua au sacrifice.

« Avant son entrée dans la maison d'Ischaï, il vit Eliab, l'un de ses fils, et se dit : « Voilà, bien sûr, l'oint d'Iahvé. » — « Ne te laisse pas prendre à son aspect ni à la hauteur de sa taille, lui fit savoir Iahvé, car je l'ai repoussé ; il ne faut pas tenir compte de ce que voit l'homme : l'homme regarde aux yeux et Iahvé au cœur (3). »

Le regret d'avoir choisi Schaöul à cause de sa haute

---

(1) Schemouël. XV.
(2) Schemouël, XVI.
(3) Schemouël, XVI.

taille perce dans ces paroles, tant il est vrai que la voix d'Iahvé ne faisait qu'exprimer les pensées de Schemouël.

« Appelant Abinadab, Ischaï le fit passer devant Schemouël : « Ce n'est pas davantage en lui, pensa le prophète, qu'Iahvé a mis son choix. »

« Ischaï amena Schamma : « Ce n'est pas en lui qu'Iahvé a mis son choix, » se dit encore Schemouël. Ischaï fit venir sept de ses fils devant le prophète, et Schemouël continuait de penser : « Iahvé n'a pas mis en ceux-là son choix » — « N'y a-t-il pas de plus jeunes hommes ? » ajouta le prophète. « Reste encore le plus petit, » répondit Ischaï ; il fait paître le même troupeau » — « Envoie-le chercher, reprit Schemouël ; nous ne commencerons pas le festin qu'il ne soit ici. »

« Le père l'envoya chercher, il était coloré, avec de beaux yeux et un charmant aspect (1). »

Cet adolescent, beau comme une fille, n'était pas un rival à craindre.

« Lève toi, oins-le d'huile, dit Iahvé ; car c'est lui. » Schemouël oignit donc David et reprit le chemin de Ramathaïm-Çophim.

Ce fut là, dans la communauté de roës qu'il dirigeait, que se retira plus tard David, menacé par Schaöul.

Je laisse aux critiques le soin de décider si cette onction de David a une base historique, ou si le fils d'Ischaï ayant fait lui-même sa fortune à la cour de Schaöul, elle fut imaginée pour faire croire à l'origine sacrée de sa dynastie.

Telle qu'elle est, elle a du moins pour elle des preuves psychologiques : elle cadre avec le caractère de Schemouël.

Le roë mourut et fut enterré à Ramathaïm-Çophim. Les Benè-Israël le pleurèrent.

(1) Schemouël, XVI.

Il eut deux fils, Ioël et Abiya, qu'il institua comme juges à sa place. Mais ils se rendirent coupables de prévarication, « recevant des présents et faisant pencher le droit » ; et l'on dut les destituer.

IX. — Conclusion.

Né dans un pays de vignobles, fils d'un dévot et d'une dévote surémotive et qui avait été longtemps stérile, Schemouël, enfant silencieux, hypersuggestionnable, en proie à des hallucinations ou à l'automatisme verbal, et bientôt pénétré de cette idée que le dieu Iahvé lui parlait et qu'il était son ministre sur la terre, fut un homme orgueilleux, sujet à de violentes colères et à des impulsions morbides, se rendit coupable d'un homicide et engendra deux prévaricateurs.

Hypersuggestibilité, *verbalisme pathologique*, *théomégalomanie*, *impulsivité*, telle est sa formule mentale.

Tout chez lui procède de la dégénérescence du système nerveux, de l'arrêt du développement des neurones cérébraux, que le moindre travail épuise et force à la rétraction, au sommeil.

Dans le champ trop étroit des cellules corticales qui peuvent fonctionner ensemble, peu d'images, peu d'idées se rencontrent et se contrôlent, peu d'actes sont élaborés. De là la suggestibilité et l'égoïsme du prophète. Mais aussi ces images, ces idées, ces actes, revêtent une intensité qu'explique le passage de toute l'énergie nerveuse dans un nombre restreint de conducteurs. De là le verlisme, l'idée fixe, la théomégalomanie, les impulsions violentes et irrésistibles.

Le prophète Schemouël était un dégénéré cérébral.

Pathologie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr Wladimir SERBSKY

Professeur agrégé,
privat-docent à l'université de Moscou.

Suite et fin (1).

III

En rétrécissant le cadre beaucoup trop large peut-être de la démence précoce, nous devons n'y faire entrer que les affections présentant les deux traits essentiels et les plus caractéristiques : 1° que la maladie débute à l'âge de l'adolescence ; et 2° qu'il se produit rapidement une période terminale défavorable, une démence plus ou moins prononcée.

L'affection apparaît le plus souvent à l'époque de la puberté, ou bien un peu plus tard, mais en tout cas, avant le développement complet de l'organisme, au point de vue physique et psychique. La limite extrême, pour le début de la maladie, dans des cas relativement

(1) Voir les *Annales* de novembre-décembre 1903 et de janvier-février 1904.

rares, serait entre 25 et 30 ans ; dans l'immense majorité des cas, l'affection survient avant 25 ans. Dans certains cas, la démence est évidente dès le début du mal ; cependant il arrive qu'elle ne se manifeste qu'après la période aiguë, ou bien à la suite de plusieurs rechutes.

A part l'indication assez vague de Morel, sur la possibilité du développement de la démence précoce à l'âge de la puberté chez les dégénérés, c'est, comme on sait, la délimitation de l'hébéphrénie comme une forme autonome, faite par Kahlbaum (1), en 1863, et qui se développerait à la période de la puberté et se manifesterait principalement par des phénomènes de faiblesse psychique, qui a surtout engagé à l'étude de la démence précoce. Le tableau clinique de l'hébéphrénie n'a été donné que quelques années plus tard, par un élève de Kahlbaum, Hecker (2). Les principaux traits de cette affection, se développant entre 18 et 22 ans, se réduisent à ceci : l'humeur est inconstante et changeante, bien qu'au stade initial ce soit la dépression qui domine (*Initial Melancholie*), mais cette dépression est superficielle et varie facilement : le malade, après avoir pleuré ses péchés et le malheur qui le frappe, après avoir été en proie à la peur et à l'angoisse, devient tout-à-coup joyeux et se livre à quelque acte bête et absurde. De tels changements sont rapides, soudains, inattendus. Le malade à l'air de jouer et de faire parade de ses sentiments et de son humeur. Il existe généralement dans ces cas des idées délirantes, mais ces idées sont décousues, extrêmement variables : c'est tantôt de l'auto-accusation, tantôt des idées de persécution, tantôt des idées érotiques. Elles portent le caractère de quelque

---

(1) Kahlbaum. Die Gruppirung der psych. Krankheiten. Danzig, 1863.

(2) Hecker. Die Hebephrenie, *Archiv. f. Pathol. u. Physiologie* Bd 52, 1873, p. 94.

chose d'imaginé, d'inventé par le malade pour s'amuser et jouer à l'imbécile (la « confabulation » de Kahlbaùm). Du côté de la sphère de la volonté, on observe une tendance à une activité désordonnée, à des mouvements saccadés, impulsifs, à une conduite absurde, portant le caractère de gaminerie feinte ; parfois l'excitation motrice atteint le degré d'un accès de fureur. Dans quelques cas, il existe une tendance au vagabondage, à la flânerie sans but.

Ce qui est assez caractéristique pour l'hébéphrénie, c'est de trouver des troubles formels de la parole et de l'écriture. Les propositions sont mal ou nonchalamment enchaînées, la construction logique manque, les malades se perdent dans de longues périodes, ils sont incapables de mettre en ordre leurs pensées, qui se suivent sans aucun signe de ponctuation. On note également la tendance à se servir toujours des mêmes phrases et des mêmes locutions, d'expressions provinciales, d'un jargon particulier, de mots soit étrangers, soit tombés en désuétude. Dans leurs conversations, aussi bien que dans leurs lettres, les malades ont volontiers recours à des expressions inconvenantes ou cyniques, en les mêlant souvent à des expansions sentimentales et poétiques ou bien à un tas de mots absurdes et emphatiques. C'est dans cette même catégorie de faits qu'il faut placer le goût pour un pathétisme particulier, pour des poses théâtrales, pour l'emploi des diminutifs de noms et la tendance à imiter des vices de prononciation, tels qu'un zézaiement enfantin, etc., etc., bien que Kahlbaum, considère plusieurs de ces signes comme caractéristiques de la catatonie.

Le pronostic est absolument défavorable, quoique la démence terminale particulière, dont on a pu noter déjà des indices, dès la période initiale de la maladie, n'atteigne généralement pas un degré très prononcé. C'est

pour cela, que les malades sont souvent considérés comme normaux ; et quant aux particularités de leur langage et de leur conduite, portant très souvent le caractère d'une imbécillité voulue, elles passent pour être feintes, pour des manifestations de simulation. Ces malades sont assez souvent traînés devant la justice pénale, surtout ceux qui se distinguent par des lacunes d'ordre moral.

Tout en atteignant rarement la démence absolue, la démence hébéphrénique s'accompagne parfois d'accès d'excitation passagère, qui peut aller jusqu'à une crise furieuse (à la suite de causes extérieures, à la suite d'hallucinations). Ce n'est guère que pendant de telles périodes, que se manifestent parfois bien nettement la faiblesse maladive et l'irritabilité, chez des individus qui se trouvent encore aptes à vaquer à leurs occupations et ne sont considérés que comme étant seulement un peu simples d'esprit. Dans la majorité des cas, d'après Hecker, c'est dès l'enfance déjà, qu'on peut noter une certaine faiblesse psychique, une mollesse et inaptitude au travail intellectuel, bien que ces défauts n'excluent pas la possibilité d'un développement et n'ont pas forcément pour résultat que l'enfant soit de beaucoup plus arriéré que ses camarades. On note assez souvent, chez ces individus, une conformation anormale du crâne, des traumatismes à la tête, un abus de la masturbation, etc. Quant aux causes accidentelles de l'affection, on peut indiquer quelquefois des émotions psychiques quelconques, la colère, des chagrins, etc.

La marche particulière de la maladie et son passage précoce à la démence, constituent les traits les plus caractéristiques et qui permettent de distinguer l'hébéphrénie, de toutes les autres affections psychiques, qui peuvent se produire, aussi bien à l'époque de la puberté qu'à toute autre âge.

Les conceptions des auteurs, qui ont traité la question en dernier lieu, sont très contradictoires (1); Kahlbaum (2), en 1889, avait proposé de délimiter encore du groupe de l'hébéphrénie, une forme particulière qu'il a désignée sous le nom d'héboïde, ou d'héboïdophrénie. A part les symptômes d'un caractère général, les particularités dans le processus de penser, l'affaiblissement de l'activité intellectuelle, l'héboïdophrénie se distingue par la prédominance de troubles dans le domaine du sens moral ; de sorte qu'à l'examen superficiel, les malades nous produisent l'impression d'individus, non pas atteints d'une affection psychique, mais plutôt mal élevés et gâtés. Cette forme se termine ordinairement par la guérison, ce qui fait qu'il est nécessaire qu'elle soit distinguée de l'hébéphrénie qui, elle, en fin de compte, amène, après une évolution relativement rapide, à la déchéance de l'activité cérébrale. La description que Daraszkiewicz donne « d'une forme grave » d'hébéphrénie mérite aussi l'attention ; la démence y atteint un degré bien plus prononcé que celui que l'on trouve décrit dans le tableau caractéristique de l'affection, présenté par Hecker.

Les contradictions de différents observateurs portent principalement sur les trois points que voici :

1° Sur la question de l'existence de l'hébéphrénie, comme étant une affection distincte d'autres formes pathologiques, en lui reconnaissant ainsi des droits d'autonomie.

2° Sur les rapports de la dite affection avec d'autres

---

(1) Pour la bibliographie voir Serbsky, l. c. Daraszkiewicz, l. c.; également Christian. Démence précoce chez les jeunes gens. *Ann. méd.-psych.*, 1899. — Voisin. Les psychoses de la puberté 1900. XIII Congrès Internat. de médec.

(2) Kahlbaum. Ueber Heboidophrénie. *Allgem. Zeitschrift f. Psych.*, Bd. 46.

formes morbides et les points de vue concernant la pathogénie. Tandis que les uns la rattachent définitivement au groupe des formes dégénératives, la considérant comme une forme congénitale, où l'âge ne joue que le rôle d'une cause déterminante accidentelle, comme la manifestation des germes préexistants déjà *ab ovo* : les autres lient la genèse de la maladie, entièrement et intégralement, à la période de la puberté, aux modifications qui se produisent à cette époque dans toute l'économie ; et dans ces derniers temps notamment, c'est la théorie de l'auto-intoxication, par les produits élaborés dans les glandes génitales, qui gagne de plus en plus du terrain.

3° Sur la description du tableau clinique de la maladie : toute une série de cas, qui ne s'adaptent pas au cadre du tableau typique et caractéristique donné par Kahlbaum-Hecker, a forcé d'élargir considérablement les conceptions sur la démence juvénile et de considérer l'hébéphrénie comme une sous-variété d'un groupe plus général, connu définitivement sous le nom de la démence précoce.

A l'heure actuelle, la nécessité n'est plus douteuse, d'assigner une place à part, à cette forme pathologique ou plutôt à tout un groupe d'affections, débutant dans la jeunesse et conduisant rapidement à la démence ; et puisque la démence se développe par des voies différentes, nous pouvons aussi établir un certain nombre de types de la dite affection :

I. — Dans certains cas, il est absolument impossible de noter une période tant soit peu aiguë de la maladie ; on n'y observe qu'un affaiblissement lent et progressif de l'activité cérébrale, en même temps qu'il est extrêmement difficile ou même absolument impossible d'établir d'une façon précise le début de l'affection. Petit à petit les malades deviennent distraits,

oublieux, inaptes au travail : tantôt tous les phénomènes progressent, de façon à conduire à une déchéance très prononcée ; tantôt ils s'arrêtent, arrivés à un certain degré de démence modérée, qui embrasse pourtant toute la sphère de l'activité psychique et se manifeste partout par des signes de faiblesse et d'insuffisance. Ainsi du côté de l'intellect, ce sont la faiblesse du jugement et l'insuffisance intellectuelle qui se trouvent les plus marquées ; du côté des sentiments psychiques, c'est leur obtusion, c'est l'indifférence du malade à ce qui l'entoure ; du côté de la volonté, c'est l'apathie, c'est l'absence de tout intérêt et de toute énergie. Parfois on peut suivre les symptômes de faiblesse intellectuelle et d'un manque d'équilibre général, dès la prime jeunesse ; d'autres fois par contre, la maladie se développe chez des individus en apparence bien doués et qui promettaient beaucoup. On ne peut pas considérer le processus en question comme un simple arrêt de développement, même lorsque la démence n'atteint qu'un degré modéré ; dans tous ces cas, les malades deviennent déments, toujours plus bêtes qu'ils étaient avant, ils manifestent en un mot des phénomènes de développement régressif, qui peut ainsi atteindre dans certains cas un degré très prononcé. Si parfois les malades peuvent se livrer encore à des occupations vulgaires, n'exigeant pas d'effort particulier, ils sont dans une autre série d'occupations incapables de rien.

II. — Dans d'autres cas l'évolution de la maladie, ayant à la base une diminution générale de l'activité psychique, est accompagnée, surtout à la période initiale, de phénomènes extrêmement variés, plus ou moins aigus, d'un caractère violent même, à l'instar de la paralysie générale, où le tableau fondamental de la démence peut se combiner momentanément à d'autres phénomènes divers.

Il peut y avoir aussi bien des craintes hypocondriaques, variables et vagues, que des idées délirantes hypocondriaques nettement prononcées, avec des troubles émotifs correspondants; il peut y avoir une tendance au mysticisme, de l'auto-accusation (les malades s'occupent de péchés imaginaires), une vocation d'entrer au couvent, des idées de persécution décousues et non systématisées, des idées de grandeur avec ou sans hallucinations, qui portent souvent dès le début un caractère absurde. Parfois, c'est la tendance à raisonner de façon toute puérile qui prime tout : d'autres fois le goût pour des discussions naïves et emphatiques, ayant trait à des questions les plus ardues ; parfois, on se trouve en présence d'obsessions nettes. Bien souvent, on constate aussi des impulsions, soit à attaquer, soit à mettre les affaires en désordre, ou à casser des vitres. L'humeur est souvent déprimée, surtout au début de la maladie ; la dépression est parfois entrecoupée d'accès d'excitation, un rire imbécile, par des sorties puériles ; ce qui saute aux yeux souvent, dès le début, c'est l'obtusion psychique, c'est l'apathie, c'est l'indifférence.

Ce qui mérite une mention spéciale, c'est un cachet tout particulier, propre à la maladie, que porte un grand nombre de ces malades, qui donnent l'impression comme si leur affection était peu sérieuse, feinte; on dirait qu'ils ont l'air d'avoir trop laissé aller les choses, et qu'il leur suffirait d'un peu d'effort pour redevenir maîtres d'eux-mêmes. C'est, pour cela aussi, que très souvent, on prend leurs raisonnements, les particularités de leur conduite, pour une gaminerie voulue, et les malades pour des simulateurs ou tout au moins pour des gens qui se livrent volontairement à des sorties bizarres.

Quant aux particularités psychologiques dans les manifestations de la maladie, cette nuance propre à l'affection et qui se retrouve dans tout le tableau cli-

nique, certains auteurs les rattachent intimement à l'âge des malades, en insistant sur les particularités analogues qu'on retrouve chez des sujets sains, à l'époque de la puberté (Hecker) ; les autres les expliquent par le caractère dégénératif du processus morbide (Fink, Sterz), ou bien par l'effet réciproque de la période biologique et d'une grave prédisposition (Krafft-Ebing) ; d'autres encore trouvent l'explication des manifestations particulières à l'affection, dans le trouble du régulateur principal des fonctions psychiques, qui est l'attention (Ischisch, Daraszkiewicz). On ne saurait guère adopter cette dernière manière de voir ; car ce qui constitue la base de la démence précoce, ce n'est pas l'affaiblissement dans un domaine déterminé, mais une démence générale, un abaissement plus ou moins uniforme de l'activité psychique, à tous les points de vue, se manifestant aussi bien par une faiblesse du jugement que par une obtusion des sentiments et un affaiblissement de la volonté ; l'attention évidemment est affectée aussi, mais on ne saurait y voir la cause principale et fondamentale, de tout le processus pathologique. D'une part, il est impossible dans beaucoup de cas de démence précoce, de noter des troubles dans l'attention, tant soit peu marqués ; d'autre part, ces troubles à un degré très prononcé, se rencontrent dans la neurasthénie et autres différentes affections et déterminent un tableau clinique différent. On pourrait plutôt pencher vers l'opinion de Krafft-Ebing, à savoir que ce qui joue un grand rôle dans cette affection, ce sont les particularités de la phase biologique, les particularités d'une vie psychique non encore formée, liées à des phénomènes de dégénérescence psychique. Il est probable que l'hébéphrénie n'est qu'un mode de manifestation de la maladie à la période de la puberté, évoluant sur un terrain d'une prédisposition grave. Les différentes manifestations de la

période initiale de la maladie, le groupement successivement varié des symptômes dans chaque cas particulier, les variations très grandes dans l'état du malade, les aggravations qui peuvent survenir, non seulement au début mais aussi pendant le cours ultérieur de la maladie : tout cela rend très vague la physionomie générale de la démence précoce. Ce qui constitue l'élément commun, ce sont, à part l'âge, un fond de faiblesse psychique et une terminaison défavorable par un état incurable. De cette forme de démence précoce, prise comme type, on peut cependant distinguer un certain nombre de sous-variétés, quoique pas bien nettes, parce qu'elles se confondent insensiblement en passant par une foule d'états transitoires. Dans certains cas, notamment, c'est le tableau typique de l'hébéphrénie de Hecker qui domine (forme hébéphrénique) ; dans d'autres cas, ce sont tels ou tels phénomènes moteurs, appartenant au complexus symptomatologique catatonique (forme catatonique) ; dans d'autres encore, et ceci au moins pendant une certaine période de la maladie, ce sont *des idées délirantes*, non systématisées, mais souvent rebelles (forme paranoïde).

Je crois nécessaire, cependant, d'insister de nouveau sur le fait que cette distinction ne peut être établie dans toute sa rigueur que dans quelques cas bien nets ; mais ce qu'on observe le plus souvent, ce sont des symptômes tenant à l'une et à l'autre forme, d'où grande difficulté de rattacher l'affection à telle ou telle sous-variété.

III. — Enfin, dans certains cas encore, la démence précoce peut être regardée comme une démence secondaire, c'est-à-dire comme un état terminal incurable d'une affection psychique aiguë, et principalement à la suite de confusion mentale aiguë (*amentia*, *dementia acuta*).

Le tableau clinique de la période aiguë de la maladie ne donne dans ces cas aucun point de repère pour poser

un pronostic défavorable et le processus évolue de la même façon que dans les cas qui se terminent par la guérison. Parfois, une affection aiguë de ce genre finit par une guérison relative ne laissant qu'une lacune insignifiante, souvent peu apparente au premier abord; sur ce terrain, il survient dans la suite des exacerbations du mal ou des rechutes qui ont chaque fois pour résultat d'abaisser de plus en plus l'activité psychique *in toto*, et qui amènent ainsi à une démence toujours en progression. C'est à l'affection ayant une telle évolution que je propose de donner le nom de démence (secondaire) progressive (1).

Ce type de la démence précoce se distingue du précédent, par le fait que les manifestations aiguës ne possèdent pas cette nuance particulière qui est propre aux périodes aiguës du dernier; ici le diagnostic n'est souvent possible que d'après l'issue de la maladie.

Il n'existe pourtant pas de raison bien fondée de séparer complètement ces cas de la démence précoce, car bien souvent l'état terminal est identique à la démence hébéphrénique typique.

Les exacerbations aiguës consécutives qui se développent dans la démence progressive sous forme d'accès sur un terrain d'une déchéance psychique générale, prennent de même souvent un cours particulier, avec des symptômes qui les rapprochent des autres formes de la démence précoce.

Quant aux améliorations qui se produisent dans la démence (secondaire) progressive, on ne peut évidemment les envisager que comme des rémissions d'un seul et même processus pathologique; mais le tableau typique de l'accès initial, de même que les accès ultérieurs gardant le même caractère, quoique déjà souvent avec

(1) Serbsky. *Loc. cit.*, p. 159.

quelques traits particuliers, nous conduisent à les considérer avec le même droit comme des rechutes, qui laissent chaque fois des traces de plus en plus profondes.

Il serait excessivement important pour le *diagnostic* de la démence précoce, de posséder des signes physiques sûrs; mais nous en manquons jusqu'à présent. L'exagération de réflexes et l'inégalité pupillaire signalées par Kraepelin, sont loin d'être des signes constants; et puis ces phénomènes sont souvent observés également dans des formes graves de l'*amentia* et indiquent d'une façon générale la gravité de l'affection. Il en faut dire autant de différents états convulsifs qui se produisent dans la période initiale (1). Le bourrelet musculaire, l'excitabilité mécanique, que Bernstein (2) considère comme un signe important pour le diagnostic de la démence précoce, ne justifie pas non plus les espérances qu'on avait fondé sur lui. D'abord, d'après les constatations de Bernstein lui-même, le bourrelet musculaire constitue, à la période de la puberté, un phénomène physiologique; sa présence par conséquent, ne permet pas bien souvent d'en tirer une conclusion; ensuite les observations démontrent que, même à un âge plus avancé, il ne peut être estimé comme un signe de diagnostic. D'un côté, il peut faire défaut dans la démence précoce; d'un autre côté, d'après les observations de Soukhanoff et Ganouschkine (3), le bourrelet musculaire très net s'observe à l'âge qui suit la période de la puberté dans plus de la moitié des cas et dans les formes les plus diverses

(1) Freusberg. Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen. *Arch. f. Psych.* XIX. Serbsky. *Loc. cit.*, p. 43.

(2) Bernstein. Contribution à l'étude de la valeur clinique du bourrelet musculaire chez les aliénés. *Thèse* de Moscou 1900.

(3) Ganouschkine et Soukhanoff. Contribution à l'étude de la valeur clinique du bourrelet musculaire chez les aliénés. *Journal clinique* (en russe). Mai 1901.

d'affections psychiques. La présence comme l'absence du bourrelet musculaire n'est donc pas pathognomonique, pour aucune forme pathologique déterminée.

Ainsi le diagnostic de la démence précoce ne peut être basé, en attendant, que sur l'âge de l'individu, l'évolution particulière de la maladie, et les quelques particularités dans sa manifestation, lorsqu'elles existent (tels les symptômes hébéphréniques et catatoniques) ; étant donné aussi que souvent, dès le début, l'affection porte une empreinte de démence à venir, et principalement sur l'issue défavorable. Au début de la maladie, le diagnostic est facile lorsqu'il existe une diminution progressive et lente de l'activité cérébrale, c'est-à-dire lorsque l'on a affaire au premier type. La démence précoce se distingue des états de neurasthénie et du surmenage, avec lesquels on la confond souvent, par un affaiblissement plus ou moins uniforme et progressif de l'activité psychique, dans son ensemble. Le diagnostic ne présente pas non plus de difficulté, lorsqu'on se trouve en présence du tableau typique de l'hébéphrénie ou bien de ces formes catatonique et paranoïde, où dès le début les phénomènes de faiblesse psychique sont marqués. Mais dans d'autres cas, c'est le diagnostic différentiel qui s'impose avec l'*amentia*, les psychoses périodiques, les accès de délire chez les dégénérés ; il est souvent excessivement difficile, et n'est parfois possible qu'après avoir eu longuement le malade en observation, en se basant sur le caractère de l'issue de la maladie. Quant au diagnostic de la période terminale, il ne peut y avoir de difficulté que par rapport à la démence secondaire ; d'autant plus que dans ce dernier cas également, on observe assez souvent des bizarreries dans la conduite du malade, des gestes et manières répétés, des mouvements et des poses stéréotypiques, ainsi que toute une série d'autres symptômes qui sont

considérés par quelques-uns des auteurs comme caractéristiques pour la démence précoce.

Dans ce cas-là encore, le diagnostic différentiel est basé : d'un côté, sur l'âge auquel la maladie a débuté ; d'un autre côté, sur toute la marche et le caractère de la période aiguë. On n'a pas l'ombre d'une raison de rattacher à la démence précoce les cas où l'affection a débuté à un âge plus avancé, après que l'individualité psychique s'est trouvée déjà formée et que la période aiguë avait évolué, suivant la période empirique appartenant à l'une des formes fondamentales aiguës quelconques, même si l'affection a tourné en démence. Les états terminaux de ces sortes d'affections doivent être rattachés entièrement, non pas à la démence précoce, mais à la démence secondaire ; et l'on peut même se demander s'il ne faudrait pas rapporter également à ce groupe de la démence secondaire les cas de la démence précoce du type III, où les symptômes aigus entrent facilement dans le cadre d'un tableau clinique typique quelconque. Ceci, du reste, n'est qu'un différend en fait de nomenclature ; car dans ces cas, la démence secondaire correspond entièrement à la conception de la démence précoce, étant donné qu'elle présente le trait fondamental de la dernière, c'est-à-dire le développement d'un état incurable avant que l'organisme ait eu le temps de se former. Il faut évidemment rattacher intimement à cette dernière condition le fait que l'état terminal présente souvent dans ces cas un grand nombre de traits caractéristiques de la démence hébéphrénique typique. Pourtant, j'admets parfaitement qu'il puisse se développer à l'âge de l'adolescence d'autres psychoses, qui passent à la démence. Plus tard, nous pourrons les distinguer de la démence précoce; dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons guère le faire, ne possédant aucun signe qui nous per-

mette d'établir le diagnostic différentiel entre la démence secondaire de l'adolescence et la démence précoce.

L'*anatomie pathologique* de la démence précoce est encore inconnue. Nous pouvons supposer seulement qu'à la base de la démence se trouvent des modifications anatomiques, qu'il reste à découvrir.

La théorie de l'auto-intoxication comme cause déterminante est très séduisante; mais en attendant, elle est loin d'avoir une base solide. Quant à la théorie de l'auto-intoxication par des produits sexuels en particulier, elle est purement hypothétique et ne repose sur aucune donnée tant soit peu positive. D'après Kraepelin (1), ce qui parlerait en sa faveur, c'est : d'une part, le rapport étroit qui existerait entre l'affection et la période de la puberté, les troubles menstruels, l'acte de l'accouchement; et d'autre part, l'absence de toute cause déterminante extérieure. Ces considérations ne résistent pas à la critique, par le seul fait qu'on pourrait invoquer le même raisonnement en ce qui concerne les causes déterminantes d'un grand nombre de formes pathologiques (de l'*amentia*, des psychoses périodiques), où d'un côté l'évolution de la maladie est étroitement liée à des processus de la sphère génitale; et que, d'un autre côté, les causes déterminantes extérieures font également défaut.

Faut-il ou non faire rentrer la démence précoce dans le cadre des psychoses dégénératives? La question reste encore à résoudre. Il est incontestable que, dans un grand nombre de cas, la prédisposition héréditaire joue un rôle des plus importants. Bien souvent, une faiblesse psychique plus ou moins prononcée, le manque d'équilibre général et d'autres anomalies qui avaient existé chez des malades dès leur première enfance, nous

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, B. II, p. 204.

forcent à considérer la démence précoce comme une psychose, non seulement dégénérative mais encore originelle, liée fatalement à la constitution anormale *ab ovo* de l'individu. La période de la puberté ne fait peut-être, dans ce cas, que donner le choc suprême au développement de l'affection, étant donné que cette période exige une activité de plus en plus grande de la part d'un organisme insuffisamment développé.

La *thérapeutique* restera inefficace, tant que les conditions fondamentales étiologiques ne seront pas connues. A l'avenir, on peut fonder quelque espoir sur la sérothérapie et l'opothérapie. Cependant, même à présent, une intervention intelligente peut être très utile et, du moins dans certains cas, arrêter la déchéance progressive de l'individu. A ce point de vue, c'est le régime général qui prime tout, et en premier lieu des occupations bien réglées, des travaux mécaniques et autres, appropriés aux forces du malade. C'est pour cela même que, pour ces malades, le séjour dans des asiles où il n'existe pas d'organisation systématique du travail, peut souvent être essentiellement nuisible et conduire rapidement à la déchéance de l'activité psychique ; tandis que, soit au sein de leur famille si les conditions y sont bonnes, soit dans des patronages ou dans des colonies bien organisées, on peut leur faire atteindre des résultats plus ou moins bons en activité rationnelle. Il est indispensable de tenir compte, à ce point de vue, du fait signalé par plusieurs auteurs (Neisser, professeur Korsakoff) que le séjour prolongé au lit de ces malades leur est nuisible et ne doit leur être prescrit qu'aux périodes d'aggravation aiguë et d'excitation ; aussitôt que ces phénomènes se trouvent apaisés, il s'agit, au contraire, de travailler à développer et à fortifier le côté actif de leur vie psychique.

KYSTES SÉREUX

DU PAVILLON DE L'OREILLE

ET OTHEMATOME DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr BOUCHAUD

Les kystes du pavillon de l'oreille contenant un liquide séreux sont assez rares pour qu'il en soit à peine fait mention dans les livres classiques et même dans les traités spéciaux.

On conçoit que cette affection, qui est sans gravité, n'ait pas davantage attiré l'attention des observateurs ; elle peut cependant être confondue avec l'othématome, quand elle se montre chez des aliénés, chez des paralysés généraux surtout ; elle peut d'autre part, si elle est abandonnée à elle-même, occasionner une déformation notable du pavillon de l'oreille. Il y a donc quelque intérêt à faire connaître quatre cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

Observation I. — 15 *janvier* 1880. — Léopold K..., infirmier, âgé de vingt et un ans, jouit d'une santé excellente. Il est d'une taille peu élevée, mais très fort et robuste. Il a même un certain embonpoint et le teint de la face est coloré. Il n'a jamais fait d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde, il y a un an ; elle fut longue et grave, mais elle guérit parfaitement et ne laissa aucune trace.

Il me prie d'examiner ses oreilles qui se sont déformées par suite du développement de deux tumeurs dont il raconte ainsi le début.

Au commencement de décembre, alors que le froid sévissait

avec une grande intensité, il éprouva, à l'oreille droite, une gêne, une sorte de tension, plutôt qu'une douleur vive; il y porta la main et s'aperçut de l'existence d'un gonflement peu considérable. En l'examinant dans une glace, la peau de cette grosseur lui parut avoir une couleur d'un rouge foncé. Pendant quatre ou cinq jours cette tumeur continua à croître, et depuis cette époque elle est restée stationnaire.

Ce ne fut que quelque temps après, à la fin de décembre, que l'oreille gauche devint le siège d'une tuméfaction semblable. Elle apparut en quelques jours, sans s'accompagner de douleurs; elle devint moins volumineuse que celle du côté opposé et, comme celle-ci, elle n'a, depuis ce moment, subi aucun changement.

Le malade affirme n'avoir été l'objet d'aucune violence, et il est persuadé que son mal a été occasionné par le froid intense qui régnait alors. Il ne s'est pas, cependant, exposé, d'une manière particulière, au mauvais temps.

Etat actuel. — Le pavillon de l'oreille droite présente, sur sa face externe, une tumeur ovoïde, située dans l'angle que forment l'hélix et l'anthélix. Son grand axe, dirigé en haut et en avant, mesure environ deux centimètres. Elle forme ainsi une saillie que l'on peut comparer à la moitié d'un petit œuf d'oiseau.

Elle est tendue, mais franchement fluctuante. La peau qui la recouvre a conservé son aspect normal, et à la palpation on ne découvre ni inégalité ni bourrelet. La fluctuation est perçue sur la face interne du pavillon, mais moins nettement que sur la face externe. Le cartilage ne paraît pas détruit, on ne sent pas un rebord comme dans une perforation, mais il semble qu'il soit aminci.

La tumeur du côté gauche présente exactement les mêmes caractères; on ne constate de différences que dans les dimensions qui sont moindres.

Les symptômes que nous venons de décrire sont ceux d'une tumeur liquide, mais ne suffisent pas à nous révéler la nature de l'affection. Ils permettent d'écarter l'idée d'un othématome, qui se présente sous un tout autre aspect. Toutefois, comme cette affection s'observe assez souvent, en particulier chez les aliénés, tandis que les autres tumeurs à contenu liquide sont très rares et peu connues, nous nous décidons, le 20 janvier, dans le but d'établir le diagnostic, à pratiquer sur la tumeur du côté droit, une ponction avec un trocart de très petit calibre.

Nous obtenons l'issue d'un liquide incolore, transparent et fluide comme de l'eau.

Traité par la chaleur et l'acide nitrique, ce liquide donne naissance à un abondant précipité albumineux.

Le lendemain, la poche contient un peu de liquide et les jours suivants la tumeur se reproduit avec son volume primitif; en même temps la peau devient rouge, chaude et douloureuse.

Des applications émollientes calment cette inflammation qui disparaît graduellement en l'espace de dix à douze jours, mais la tuméfaction persiste ainsi que la fluctuation. On retrouve, à très peu près, les mêmes caractères que nous avons signalés au début.

30 *avril*. — La fluctuation est moins étendue et moins nette, elle n'est bien manifeste qu'au centre de la tumeur. Sur les bords de celle-ci on sent un bourrelet dur et bosselé; dans le reste de son étendue elle est épaissie et un peu irrégulière.

20 *mai*. — Les irrégularités et les nodosités ont augmenté de volume, surtout à la périphérie de la tumeur; au centre la fluctuation est encore perceptible.

10 *juin*. — Le liquide a disparu; le pavillon de l'oreille est manifestement déformé, les tissus sont plus durs, plus épais, irréguliers.

10 *août*. — La tumeur du côté gauche, sur laquelle le malade ne nous a pas permis d'intervenir, est moins molle, moins fluctuante qu'au début; ses bords sont plus épais et durs.

10 *septembre*. — Nous trouvons encore un peu de fluctuation au centre de la tumeur.

25 *septembre*. — La fluctuation a disparu; au lieu d'une tumeur molle, on trouve, à la palpation, un épaississement des tissus, moins étendu et moins irrégulier que celui du côté droit. La déformation est assez prononcée, elle se reconnaît surtout au toucher.

Observation II. — 30 *janvier* 1901. — A. Den..., âgé de vingt-neuf ans, est grand, fort, et jouit d'une excellente santé.

Il s'aperçut, il y a environ trois semaines, qu'il existait une petite tumeur au pavillon de son oreille gauche.

Cette tumeur, qui s'est développée sans cause apparente et sans douleurs, détermine à peine une légère sensation de gêne. Elle est bilobée, composée de deux parties séparées par un rétrécissement; la partie supérieure est celle qui est apparue la première, l'autre n'est survenue que depuis quinze jours. Le

lobe inférieur est situé dans la gouttière de l'hélix, à son origine, au dessous de la branche horizontale de l'anthélix, et immédiatement au dessus de cette branche apparaît le lobe supérieur, qui occupe également la gouttière de l'anthélix.

La gouttière se trouve ainsi effacée. Les deux lobes communiquent entre eux par un étroit canal. Si on presse sur l'un d'eux, on peut sentir le liquide passer dans l'autre; le doigt placé sur ce dernier est soulevé. La fluctuation est des plus manifestes. La longueur de la tumeur, dans le sens vertical, est de 22 millimètres; sa largeur, au niveau des lobes, est de 11 millimètres.

La peau, à ce niveau, est un peu rosée, légèrement plus colorée que celle des parties voisines; peut-être parce que le malade l'a irritée en y portant souvent les doigts; mais la pression n'est nullement douloureuse, et il n'existe aucun signe d'inflammation.

N'ayant pas l'espoir de voir le liquide se résorber facilement, sous l'influence de topiques résolutifs ou irritants, nous proposons au malade, qui l'accepte sans hésiter, de faire une petite opération.

Après avoir soigneusement lavé le pavillon de l'oreille avec une solution de sublimé, nous faisons, à l'aide d'un bistouri, à lame étroite, une légère incision sur le lobe inférieur. La peau offre à l'instrument une certaine résistance, qui indique qu'elle est unie au périchondre.

L'incision faite, il s'écoule un liquide clair et transparent, légèrement coloré par quelques gouttes de sang, qui proviennent des bords de la plaie. La tumeur inférieure s'affaisse immédiatement, la supérieure se vide ensuite entièrement; néanmoins, afin d'obtenir plus sûrement une guérison complète et rapide, nous incisons encore la peau au niveau du lobe supérieur. Nous introduisons dans les deux ouvertures des filaments de gaze iodoformée et par dessus nous plaçons de la ouate hydrophile.

31 *janvier*. — Le pansement enlevé, nous constatons l'existence d'une légère inflammation. La peau est un peu rouge et les deux lobes de la tumeur sont un peu tuméfiés. En pressant sur le lobe inférieur, nous provoquons l'issue d'une petite quantité de liquide légèrement trouble.

4 *février*. — L'inflammation s'est dissipée et les deux ouvertures restent fermées, mais il existe encore une très légère tuméfaction au niveau de la tumeur.

10 *février*. — Toute tuméfaction a disparu; on distingue à peine avec les doigts le siège occupé antérieurement par les deux lobes de la tumeur.

Le liquide provenant de la tumeur, examiné au microscope par M. le professeur Lemière, n'a présenté que quelques élé ments sanguins; il ne contenait aucun microorganisme. Sous l'influence de la chaleur, il a donné naissance à un abondant précipité albumineux.

Observation III. — Van..., Emile, âgé de quarante-cinq ans, est atteint, depuis environ deux ans, d'une paralysie générale nettement caractérisée, ainsi que le démontrent les symptômes suivants :

La parole est lente et par moment un peu hésitante ; il prononce difficilement certains mots, polytechnique, par exemple. Une large iridectomie ayant été pratiquée aux deux yeux, on ne peut se rendre compte de l'état des pupilles et savoir si elles sont inégales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Le réflexe rotulien est exagéré, ainsi que le réflexe plantaire; le signe de Babinski fait défaut. Sa démarche est spasmodique et son écriture est illisible, les lettres qu'il forme sont irrégulières et à peine reconnaissables. Il a des idées de grandeur et de richesses très prononcées : il a des mains d'or et des dents de diamant, etc. Ses facultés mentales sont notablement affaiblies et sa mémoire abolie; il ne peut dire les noms de ses enfants et il ne se rend pas compte du milieu dans lequel il se trouve. Quoique en général il se trouve heureux et content, par moments il pleure sans motifs.

Le 21 octobre 1902, on remarque à la face externe du pavillon de chacune de ses oreilles une tumeur, dont le début a passé inaperçu, mais qui ne paraît pas remonter au delà de quelques jours. Ces tumeurs ne sont pas douloureuses, le malade, du moins, ne s'en plaint pas; il y porte cependant souvent les doigts, ce qui indique qu'il éprouve une certaine gêne.

Celle du côté droit est située à la région postéro-supérieure du pavillon, où elle pénètre dans la rainure de l'hélix. Elle est saillante et oblongue; son grand diamètre, dirigé d'avant en arrière, a une longueur de 9 à 10 millimètres.

Celle du côté gauche, plus volumineuse que la précédente, siège dans la fossette de l'anthélix et s'étend jusqu'à la rainure de l'hélix, qu'elle envahit à ce niveau. La longueur de son diamètre antéro-postérieur est de 18 millimètres, et celle de son diamètre vertical est de 10 à 12 millimètres.

Les deux tumeurs sont molles et nettement fluctuantes; la peau qui les recouvre a son aspect normal, elle n'est ni cyanosée ni enflammée.

Si on examine le pavillon de l'oreille en faisant arriver un rayon lumineux sur une de ses faces, on constate qu'il est transparent dans toute son étendue, même au niveau de la tumeur. Cette expérience démontre que nous avons affaire à des kystes contenant un liquide séreux.

Nous nous décidons alors à faire une incision sur la tumeur du côté gauche, en employant les moyens antiseptiques habituels. L'opération donne issue à un liquide séreux et transparent, légèrement jaunâtre, et, consécutivement, à une quantité de sang qui nous paraît plus abondante que celle que provoque une simple incision de peau saine.

Le liquide soumis à l'ébullition acquiert une couleur blanc laiteux, qui révèle l'existence d'une grande quantité d'albumine; — avec quelques gouttes d'acide nitrique on obtient une réaction semblable.

Une mèche de gaz salolée est placée dans la plaie et le tout est recouvert d'ouate hydrophile.

22 *décembre*. — La mèche enlevée, il s'écoule une petite quantité de liquide séreux jaunâtre et du sang en assez grande abondance.

23 *décembre*. — Il s'écoule encore un peu de liquide séreux et autour de la plaie la peau est un peu rouge et tuméfiée.

25 *décembre*. — L'inflammation a diminué, mais il sort encore quelques gouttes de liquide.

26 *décembre*. — Même état. L'ouverture de la cavité étant trop étroite, nous l'agrandissons en incisant la partie postérieure.

27 *décembre*. — Il sort à peine quelques gouttes d'un liquide jaunâtre et, deux jours après, l'ouverture est complètement fermée.

Le pavillon reprend rapidement son aspect normal et ne subit aucune déformation, on y constate seulement un léger épaississement qui n'est reconnaissable qu'au toucher.

La tumeur du côté droit, beaucoup moins grande que celle du côté opposé, n'est pas opérée. Le liquide qu'elle contient se résorbe lentement et il reste une tuméfaction, sous forme de nodosité, ayant à peu près les dimensions de la tumeur primitive.

Observation IV. — Crend..., François, âgé de soixante-

quatre ans, a été admis en 1899, comme atteint d'alcoolisme chronique.

Il présentait à cette époque un affaiblissement des facultés mentales, avec perte de la mémoire, hallucinations de la vue, insomnie, tremblement des mains, douleurs dans les membres inférieurs et inappétence.

Actuellement les phénomènes aigus de l'alcoolisme ont disparu, mais l'intelligence n'a pas recouvré toute sa lucidité; il est néanmoins capable de rendre quelques services comme infirmier et ceux qui l'emploient disent qu'ils se laisse diriger comme un enfant.

Son état général est excellent.

Le 8 *janvier* 1903, il nous dit que depuis deux ou trois jours il éprouve des sensations de gêne, à peine douloureuses, à l'oreille droite et qu'il y sent une espèce de tumeur.

Nous examinons le pavillon et nous constatons qu'il a sa couleur normale, qu'il n'est ni rouge ni chaud, ni douloureux, mais qu'il est le siège d'une tuméfaction limitée.

Il existe une tumeur située au dessus de la conque, au niveau et à la région moyenne de l'anthélix. Elle est ovoïde — son grand diamètre antéro-postérieur a une longueur de seize millimètres, et son diamètre vertical onze millimètres.

Elle est manifestement fluctuante, et le pavillon de l'oreille est transparent à ce niveau comme dans le reste de son étendue.

9 *janvier*. — Considérant qu'une opération est nécessaire, nous pratiquons sans tarder une incision horizontale qui ouvre largement la tumeur. En faisant cette incision, nous rencontrons une résistance supérieure à celle que présente la peau en général.

Il s'écoule un liquide séreux au début, puis séro-sanguinolent, et il se produit ensuite une hémorragie qui nous paraît plus abondante que celle qui accompagne une plaie cutanée ordinaire.

En examinant les bords de l'incision, on aperçoit, sur la lèvre inférieure, à la face interne de la peau, une ligne blanche qui indique que le cartilage a été sectionné.

Pansement antiseptique, mèche iodoformée dans la plaie.

10 *janvier*. — La mèche enlevée, il s'écoule encore du sang et un peu de liquide séreux trouble.

11 *janvier*. — La peau est légèrement enflammée au niveau des bords de la plaie.

12 *janvier*. — L'inflammation est plus étendue; cataplasme.

13 *janvier*. — L'inflammation a diminué.

14 *janvier*. — L'inflammation s'est calmée, — les bords de la plaie sont adhérents, — il ne sort plus de liquide.

La guérison est parfaite. Il faut examiner de près, ou toucher l'oreille, pour reconnaître le siège de la lésion.

En examinant les oreilles de nos malades il nous fut facile de reconnaître que nous avions affaire à des kystes ; la fluctuation qui était des plus manifestes et l'absence de phénomènes inflammatoires ne permettaient pas le moindre doute.

Mais comme les kystes séreux sont très rares et que les épanchements sanguins, que l'on désigne sous le nom d'othématomes, sont assez communs, on conçoit qu'il soit possible, dans certains cas, d'hésiter entre ces deux sortes d'affections et même, si on n'était prévenu, de commettre une erreur de diagnostic, surtout quand il s'agit de sujets atteints de paralysie générale.

Les deux affections présentent cependant de tels symptômes qu'il est généralement facile de les distinguer l'une de l'autre.

Ainsi l'othématome, qui s'observe surtout chez les aliénés, se reconnaît aux caractères suivants. On voit apparaître à la surface externe du pavillon de l'oreille, au niveau de la fossette naviculaire, une tumeur qui se développe en peu de temps, parfois en quelques heures, et qui généralement volumineuse, rénitente ou fluctuante, est d'un rouge foncé ; abandonnée à elle-même, elle devient chaude et douloureuse, parfois elle suppure, le plus souvent elle diminue graduellement de volume et se résorbe, en laissant comme trace de son existence une déformation plus ou moins considérable, qui se traduit par une rétraction et un épaississement irrégulier du pavillon de l'oreille.

Ces caractères sont différents de ceux que présentaient nos malades. Chez eux, les tumeurs étaient, relativement à l'othématome, moins volumineuses ; leurs parois étaient plus minces et la fluctuation plus nette ; la peau avait conservé son aspect normal et il n'existait aucun signe d'inflammation. Enfin la ponction a donné issue à un liquide clair et transparent, à peine coloré par un peu de sang provenant du traumatisme opératoire.

Dans les cas douteux, la ponction pourrait ainsi permettre d'arriver à un diagnostic certain, mais elle ne paraît pas nécessaire. Il suffit d'avoir recours à l'expérience qui nous a servi, chez nos derniers malades, à reconnaître la nature du kyste, avant l'issue du liquide qu'il contenait.

Van..., qui présentait tous les symptômes de la paralysie générale, nous parut au premier aspect atteint d'othématome. Cette idée devait venir naturellement à l'esprit, si on songe que les auteurs ne portent comme susceptibles de se développer dans cette affection que des kystes sanguins ou séro-sanguinolents.

Mais ayant eu la pensée de rechercher si le pavillon de l'oreille était perméable aux rayons lumineux, il nous fut facile de constater qu'il était transparent dans toute son étendue, même au niveau de la tumeur.

Nous fûmes ainsi immédiatement fixé sur la nature de l'affection et convaincu qu'il s'agissait d'un kyste séreux et non d'un othématome qui n'aurait pu aussi facilement laisser passer la lumière.

Le diagnostic au début ne peut donc offrir dė sérieuses difficultés. Il en serait autrement à une période avancée, lorsque la tumeur s'est enflammée.

Ainsi, chez notre premier malade, les accidents de nature inflammatoire, qui survinrent, déterminèrent à la longue, aux deux oreilles, une déformation du pavillon analogue à celle que provoque l'othématome ; à cette

époque, une erreur de diagnostic serait possible.

Nous n'avons pu découvrir la cause qui a provoqué l'apparition des tumeurs chez nos malades.

Le premier attribuait l'origine de son affection au froid intense du mois de décembre 1879, époque à laquelle le thermomètre descendit au dessous de 15 degrés. Les autres n'ayant pas été exposés à une aussi basse température, on ne peut invoquer chez eux l'action du froid ; les accidents qui surviennent à la suite de la congélation des oreilles, ne présentent d'ailleurs rien de semblable. La véritable cause du développement des kystes séreux reste donc inconnue, attendu que l'état général de nos premiers malades était excellent et qu'ils n'avaient subi aucune violence.

L'étiologie de l'othématome n'est pas moins obscure. Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer sa nature et son mode de production, et l'on se demande encore si les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille peuvent survenir spontanément ou si, au contraire, elles sont toujours la conséquence d'un traumatisme.

Parmi les auteurs, les uns rapportent l'othématome à des troubles généraux de la nutrition (Dumesnil, Renaudin), à une altération du sang (Voisin), à un état cachectique de l'organisme (Dagonet), à un état inflammatoire du cartilage ; d'autres (Virchow, Mayer) admettent une altération primitive du cartilage provoquée, soit par des violences locales, d'où la grande fréquence de la tumeur sanguine chez les lutteurs, soit par des troubles généraux de nutrition comme ceux que produit la paralysie générale, soit par des troubles de la nutrition locale. Brown-Séquard a vu les lésions des corps restiformes entraîner constamment chez les cobayes des hémorragies sous la peau de l'oreille, ce qui semble légitimer l'opinion de ceux qui supposent que l'othématome reconnaît pour cause des troubles circulatoires (Marcé,

Foville, Dumontpallier). Enfin quelques-uns (Broca, Gubler, Magnan) se prononcent pour le traumatisme. Magnan a rapporté une épidémie d'othématome qu'il a observé à l'Antiquaille de Lyon et qui cessa par le renvoi d'un certain nombre d'infirmiers. On a encore fait remarquer que cette affection est plus fréquente à l'oreille du côté gauche, ce côté étant plus exposé que l'autre aux violences de la part des gardiens, soufflets, tiraillements de l'oreille, etc.

En résumé, pour les uns, l'othématome de l'oreille est dû à des causes internes, locales ou générales ; pour d'autres, à des causes externes (coups, frottements, froids) ; pour d'autres enfin, à ces deux ordres de causes réunies.

Que l'othématome survienne parfois à la suite d'un traumatisme, cela ne peut faire l'objet d'un doute ; on pourrait citer de nombreux cas où il s'est développé dans ces conditions chez des sujets qui ne sont nullement aliénés. On le rencontre chez les lutteurs ; on peut observer sur les statues antiques des héros, des pancliastes, des oreilles offrant l'aspect d'othématomes anciens.

Qu'il puisse apparaître spontanément, cela est plus difficile à établir. Toutefois comme l'othématome est fréquent chez les aliénés, on doit admettre qu'il est la conséquence d'une lésion dont la nature est imparfaitement connue. Cette lésion n'est pas cependant constante, puisqu'on rencontre parfois chez les aliénés, à la suite d'un traumatisme, une ecchymose de l'oreille, au lieu d'une collection sanguine ; mais elle doit être très commune : cette hypothèse peut seule expliquer la fréquence de l'accident.

Il s'ensuit que, s'il existe une prédisposition suffisante pour que des épanchements sanguins puissent se produire, sous l'influence de causes assez légères pour passer inaperçues, il est permis de croire que ces épanche-

ments peuvent aussi se développer sans la moindre violence.

On peut s'appuyer encore, pour soutenir cette opinion, sur ce fait que des épanchements séreux apparaissent chez les aliénés comme chez les sujets dont la santé est parfaite, ainsi que l'établissent nos observations. Que si les kystes séreux peuvent se développer spontanément dans la paralysie générale et autres maladies mentales, il doit aussi, il semble, en être de même des épanchements sanguins. Il se pourrait d'ailleurs que, dans certains cas, l'othématome débute par un épanchement séreux et se transforme ensuite en un épanchement sanguin. Ce qui porte à penser qu'il peut en être ainsi, c'est que chez ceux de nos malades qui étaient atteints, l'un de paralysie générale, l'autre de démence, l'incision du kyste a été suivie d'une hémorragie plus abondante que celle qui est survenue chez Den... et que celles qu'on observe à la suite de plaies simples de la peau. L'oreille des aliénés semble plus vasculaire que celle des sujets sains, et il se peut que chez les premiers les épanchements séreux soient susceptibles de devenir sanguinolents.

Les aliénistes s'accordent à considérer l'othématome comme beaucoup plus fréquent dans la paralysie générale que dans les autres formes d'aliénation mentale.

Afin d'élucider cette question, nous avons examiné à ce point de vue, en 1901, les oreilles des malades de la maison de santé de Lommelet ; et les résultats que nous avons obtenus ont été consignés dans le tableau suivant :

Nombre des aliénés.		755
Atteints d'othématome		16
Avaient un othématome double, un à chaque oreille.		4
Total des othématomes.		20
A droite.	7	20
A gauche	13	

Atteints d'épilepsie (dont un idiot)	3
— de folie simple plus ou moins ancienne.	15
— de paralysie générale.	1
— d'idiotie.	1
Othématomes anciens.	19
— récent	1

Ainsi sur 755 malades, 16 étaient atteints d'othématomes et chez 4 d'entre eux l'affection était bilatérale. D'après ces chiffres, le nombre des aliénés ayant 1 ou 2 othématomes était de 2,1 p. 100.

Cette proportion, qui est probablement la même dans tous les asiles, prouve que la lésion dont il s'agit est relativement commune dans l'aliénation mentale ; mais on sera peut-être surpris de voir que parmi les malades signalés dans notre statistique un seul était affecté de paralysie générale. Il est admis, en effet, par tous les aliénistes que cette forme d'aliénation prédispose tout particulièrement aux épanchements sanguins qui se font dans l'épaisseur du pavillon de l'oreille.

« Une complication, dit Ballet, relativement fréquente et qui, si elle ne lui appartient pas en propre, se montre avec prédilection dans la paralysie générale, c'est l'hématome de l'oreille (1). »

Suivant Ladreit de la Charrière (2), un aliéniste, Hun, aurait observé, dans l'asile auquel il était attaché, 24 cas d'othématome : sur ce nombre, il y avait 23 hommes et 1 femme, et parmi ces 24 malades, 8 étaient atteints de paralysie générale, 6 de mélancolie, 4 de manie aiguë, 4 de manie chronique et 2 de démence.

Ainsi sur 24 malades, ayant un othématome, 8, c'est-à-dire 1/3, étaient des paralytiques généraux.

D'après nos recherches, cette proportion serait beau-

(1) Ballet. *Traité de pathologie interne* de Charcot et Bouchard. T. V, article « Paralysie générale ».

(2) Ladreit. « Pathologie de l'oreille ». *In Dictionnaire encyclopédique*.

coup trop élevée, puisque sur les 16 malades ayant un ou deux othématomes, nous n'avons trouvé qu'un paralysé général ; ce qui nous donne une proportion de 1/16 au lieu de 1/3.

Pour être plus précis, nous ajouterons que, sur les 755 aliénés, 32 étaient atteints de démence paralytique et que 1 seul de ces derniers avait un othématome, ce qui nous donne dans cette catégorie de malades une proportion de 1/32, soit 3,1 p. 100 ; tandis que chez les aliénés, non atteints de paralysie générale, qui étaient au nombre de 755 — 32 = 723, 15 avaient un ou deux othématomes, ce qui fait supposer une proportion de 15/723 = 2,0 p. 100.

Si nous comparons les deux proportions, nous arrivons au rapport de 3,1 à 2,0, rapport bien inférieur à celui que faisaient présumer les opinions de la plupart des auteurs.

Notre première observation prouve que les épanchements séreux peuvent avoir pour conséquence, comme l'othématome, une déformation notable du pavillon de l'oreille. La ponction de la tumeur du côté droit qui ne fut l'objet d'aucun soin, le patient ayant continué à se livrer à ses occupations ordinaires, fut suivie d'une inflammation peu intense, mais de longue durée, qui donna naissance à une induration et à un épaississement irrégulier et assez étendu du pavillon de l'oreille. Le kyste du côté gauche, qui ne fut pas ponctionné, guérit plus lentement encore et fut suivi d'une déformation plus prononcée que celui du côté opposé.

Chez le second malade, une double incision fut pratiquée sur la tumeur ; il s'ensuivit un écoulement facile du liquide et, grâce aux moyens antiseptiques qui furent pris, il ne survint aucune apparence d'inflammation, la guérison fut rapide et la déformation à peine visible.

Chez Vanack...., la guérison a été moins rapide parce

que, l'incision n'ayant pas été assez étendue, il fallut l'agrandir le quatrième jour ; la cicatrisation était néanmoins complète, trois jours plus tard. Il n'est resté, au niveau de la tumeur, qu'un léger épaississement à peine apparent.

Dans notre quatrième observation, l'opération fut plus complète ; aussi, malgré un peu d'inflammation, la guérison a été rapide et la tumeur n'a laissé d'autres traces qu'une induration à peine visible, appréciable seulement au toucher.

On voit que si on ouvre largement les kystes et si on maintient écartés les bords de la plaie, de manière à permettre aux liquides de sortir avec facilité, en ayant soin de prévenir les accidents inflammatoires au moyen d'une antisepsie rigoureuse, on parvient à obtenir une guérison rapide, sans déformation bien appréciable.

On sait qu'il en est autrement de l'othématome, dont la guérison, dit le professeur Duplay, s'accompagne toujours de déformations caractéristiques du pavillon de l'oreille (1).

Nous ferons remarquer, en terminant, que les kystes séreux, que nous avons observés chez deux aliénés, se sont développés depuis l'époque où nous avons relevé les chiffres de notre statistique, c'est-à-dire depuis deux ans ; tandis que dans le même espace de temps nous n'avons vu se produire qu'un seul othématome.

Nous sommes ainsi porté à croire que les kystes séreux doivent être assez fréquents, mais qu'ils doivent passer inaperçus ou qu'ils sont pris pour des othématomes.

---

(1) Duplay. *Traité de chirurgie*, t. IV, p. 599.

Médecine légale

UN MÉDECIN D'ASILE

ACCUSÉ D'AVOIR FAIT MOURIR DE FAIM UN DE SES MALADES

Par le Dr J. CHRISTIAN
Médecin de la maison nationale de Charenton.

Falret père, consulté un jour par un jeune médecin (le Dr Evrat), qui lui demandait conseil pour entrer dans l'administration des asiles, lui écrivait : « Préparez-« vous, si vous voulez appartenir aux asiles, à une vie « de suspicion, à une existence de labeurs, pour les-« quelles vous n'aurez qu'ennui sans récompense « aucune (1). »

Je crains que beaucoup de nos collègues, parvenus au terme de leur carrière, ne puissent, en se donnant comme exemple, confirmer ces paroles pessimistes.

Sans doute, les ennuis et les tribulations qui nous arrivent varient, et peuvent revêtir toutes les formes imaginables. Je crois cependant que rarement il s'est produit un fait comparable à celui que je vais rapporter, et qui m'est personnel.

En février 1899 entre à Charenton un garde-frein

(1) Cité par H. Bonnet dans son Rapport sur l'asile de Châlons-sur-Marne, 1884.

d'une de nos grandes compagnies de chemins de fer, devenu aliéné dans les circonstances suivantes :

Il était occupé à décharger un wagon de bagages, quand il laisse échapper une lourde malle, et tombe, la tête en avant. Il se luxe l'épaule, et se blesse à la tête. Il perd connaissance ; transporté chez lui, il ne reprend ses sens qu'au bout de quelques heures, et aussitôt commence à délirer : « Il voit des animaux courir sur son lit, entend des voix qui l'appellent ; il croit que la maison va s'écrouler », crie au secours, cherche à se sauver : délire incohérent, avec perte partielle de la mémoire. A son arrivée à Charenton, je constate une confusion mentale complète ; le malade répète sans cesse « qu'il était couché dans son lit, et qu'il s'est réveillé sur la paille ! » De l'accident il n'a aucun souvenir. La plaie du crâne est presque guérie, les os ne sont pas atteints : la chute avait eu lieu treize jours auparavant.

Cet état de confusion mentale dura plusieurs semaines ; X... gâte, ne veut pas manger ; il faut le nourrir à la sonde. Il s'affaiblit, des eschares apparaissent au sacrum, il maigrit. Peu à peu cependant, les eschares se cicatrisent ; dans les premiers jours de juin il peut se lever. L'amélioration physique est telle que, le 3 juillet, sa femme peut le prendre chez elle pendant cinq jours. Pendant tout l'été, il jouit d'une santé satisfaisante ; il passe ses journées assis dans un fauteuil, occupé à lire son journal (?), mais indifférent à tout, ne parlant à personne, et faisant toujours des difficultés pour manger. Cet état se continue à peu près sans modifications (en septembre il passe encore quelques jours dans sa famille), jusqu'à la fin de l'année. Le 31 décembre il est transféré à Sainte-Anne, la compagnie de chemin de fer ne voulant plus payer sa pension.

Telle est, brièvement résumée, l'observation de X... J'y ajouterai quelques détails. Ainsi, dans mon certi-

ficat de vingt-quatre heures, après avoir signalé l'agitation, l'insomnie, la confusion mentale, les hallucinations de la vue, j'ajoutais : « ces symptômes rappellent ceux de l'alcoolisme. »

Quinze jours après, je note encore l'obtusion intellectuelle, de vagues idées de persécution, des hallucinations de la sensibilité générale. Et en somme, cet état de torpeur ne disparut jamais, mais avec des alternatives de mieux et de plus mal. La grande difficulté fut toujours de le nourrir. La sonde fut appliquée à maintes reprises ; mais même quand X... mangeait seul, il ne prenait guère que du lait et des œufs, d'ailleurs en quantité largement suffisante.

Obéissait-il à des craintes d'empoisonnement ? On peut le supposer, puisqu'il mangeait volontiers les aliments que lui apportait sa femme ; et c'est alors que, *par faveur*, j'autorisais celle-ci de venir le voir quand elle voudrait, et de lui apporter les mets qu'il préférait. Je prescrivais en même temps des toniques, le glycérophosphate de soude, l'extrait de quinquina, etc. ; depuis le 13 mai jusqu'à sa sortie, il avait journellement un supplément de vin de Bagnols (1).

Quand il arriva à Sainte-Anne, le certificat du Dr Magnan porte : « Affaiblissement des facultés mentales avec obtusion : idées confuses, conscience incom-

(1) C'est à l'occasion de ce procès que j'ai pu constater combien il est heureux que nos administrations aient le culte des archives, et collectionnent soigneusement leurs documents, même quand ils nous paraissent insignifiants. Il m'a suffi en effet de compulser les cahiers de visite, les feuilles de régime, les feuilles de pharmacie, et aussi les rapports quotidiens du surveillant en chef, — conservés et catalogués avec le plus grand soin, — pour que j'aie pu reconstituer jour par jour l'histoire de mon malade, et retrouver par le menu toutes les prescriptions que je lui avais faites, tant en médicaments qu'en régime alimentaire, pendant tout le temps que je l'avais eu dans mon service. Quelle meilleure réponse pouvais-je faire à l'absurde accusation de l'avoir laissé mourir de faim ?

plète de sa situation. Inégalité pupillaire. Traumatisme crânien il y a dix mois. » Il n'y est pas question d'affaiblissement physique.

De même, à son entrée à Ville-Evrard, où il fut conduit quelques jours après, le certificat de vingt-quatre heures, rédigé par M. le Dr Marandon de Montyel, porte : « Est atteint de folie traumatique à forme hypochondriaque avec affaiblissement intellectuel » (9 janvier 1900). Le certificat de quinzaine est conçu dans les mêmes termes. Et c'est seulement, quand X... succombe le 24 janvier 1900, trois semaines après son entrée, qu'il est question de faiblesse extrême, et d'alimentation insuffisante !

L'autopsie n'ayant pas été faite, il n'est guère possible de savoir de quoi est mort X... L'interne, qui rédigea le certificat de décès, le fait mourir de paralysie générale ; mais ce diagnostic n'a été porté ni par moi, ni par MM. Magnan et Marandon de Montyel. J'ai toujours pensé, quant à moi, qu'il s'agissait d'une encéphalite traumatique.

Quoi qu'il en soit, la femme de X... venant à Ville-Evrard, obtint (30 janvier), le certificat suivant : « X..., « atteint de folie traumatique, à forme hypochondriaque, « a succombé au marasme consécutif à un refus pro-« longé d'aliments. » Signé Marandon.

C'est, armée de ce certificat, qu'elle interprète à sa guise, que Mme X... se mit en campagne. Dans une lettre qu'elle écrivit au directeur de la maison de Charenton, à la date du 2 mai (plus de trois mois après la mort de son mari), elle dit : « Je viens par la présente vous faire savoir que mon mari est décédé par la faute de votre docteur ; il a laissé mon cher malade livré à sa volonté : dans sa folie il ne voulait pas manger, alors il en est résulté qu'il est mort du refus prolongé d'aliments ; ensuite, il m'a toujours répété que mon mari avait une

lésion interne au cerveau ; à Sainte-Anne et à Ville-Evrard on m'a affirmé le contraire. Dans quel but a-t-il agi ainsi ? Je crois que c'était pour se venger de moi qui m'étais plainte qu'un gardien avait fait tomber mon mari », etc... La lettre se termine par un certain nombre d'injures et d'insinuations blessantes à mon adresse.

Je ne discuterai certes pas cette lettre, ni quelques autres qu'elle a écrites dans le même style. Elle ne se plaint nullement de ce que pendant les trois semaines qu'il a passées à Ville-Evrard, son mari n'ait pas été nourri à la sonde : moi seul je suis coupable. Bien plus, j'ai agi par vengeance ! Et pourquoi me serais-je vengé ? Ce serait à la suite de l'incident suivant : Dans les premiers temps de son séjour, X..., se trouvant aux lieux d'aisance au moment du déjeuner, un infirmier alla l'y chercher. Le malade refusant de le suivre, l'infirmier le prit par le bras pour essayer de le faire sortir. Il y eut une certaine résistance, X... se débattit, tomba même par terre (?), et se fit quelques écorchures aux mains. Ces écorchures, que j'examinai moi-même aussitôt après l'accident, étaient absolument insignifiantes ; Mme X... dut le reconnaître elle-même. Ce qui ne l'empêcha pas d'écrire au directeur à la date du 3 avril une lettre véhémente dans laquelle elle traitait l'infirmier de *brute*. J'avoue que j'en fus indigné, et je ne pus m'empêcher de faire venir Mme X... à mon cabinet et de lui exprimer ma pensée d'une façon très sévère. Elle ne me l'a jamais pardonné.

Bref, un an environ après la mort de X..., je reçus l'assignation suivante (26 janvier 1901) :

A la requête de Mme C..., veuve de X...

J'ai, huissier près le Tribunal civil de la Seine, donné assignation à M. le Dr Christian, médecin des hommes à la maison d'aliénés de Charenton,

A comparaître à huitaine franche par devant MM. les

Président et juges composant le tribunal civil de la Seine ;...

Attendu que X... avait été placé en traitement par la Compagnie de chemin de fer à la maison nationale de Charenton ; que le 31 décembre il a été transféré pour quelques jours à l'asile temporaire de Saint-Anne, puis placé à l'asile de Ville-Evrard le 8 janvier ;

Attendu qu'il était arrivé à Ville-Evrard dans un état de faiblesse physique insurmontable, qu'il y est décédé peu après son arrivée ; que sa mort est due à un refus prolongé d'aliments ;

Attendu que cette mort est le résultat de fautes et négligences commises par les personnes chargées du malade pendant son séjour à Charenton ;

Attendu que si un aliéné est dénué de raison au point de ne pas manger lui-même ses aliments, c'est une obligation stricte de le nourrir par tous les moyens, notamment par l'alimentation forcée ;

Attendu que les procédés d'alimentation forcée choisis par les personnes chargées du malade, doivent être appliqués avec tout le soin, tous les perfectionnements et précautions que comporte l'état actuel de la science médicale ;

Attendu que le fait de n'avoir pas appliqué ce soin, ces perfectionnements et précautions constitue une maladresse, une inexpérience, une négligence quasi-délictuelles ;

Attendu que la mort de X... est due incontestablement à une négligence de cette nature, etc.

Condamner : 1° le Dr Christian, 2° le directeur, et 3° le ministre de l'Intérieur, solidairement ou l'un à défaut de l'autre,

A payer à la requérante 50,000 francs à titre de dommages-intérêts ; et condamner tous les susnommés aux dépens.

Et subsidiairement, pour le cas où le Tribunal ne croirait pas les faits suffisamment établis, autoriser une expertise, etc.

On voit quel parti Mme X... a su tirer de cette assertion de l'Interne de Ville-Evrard, que son mari était

mort par défaut d'alimentation, et du certificat que la mort était due à un marasme consécutif à un refus prolongé d'aliments.

L'affaire vint à la 1re chambre présidée par M. Turcas.

Je n'assistai pas à l'audience, et je le regrette. Car je m'y serais instruit. Si j'en crois le compte-rendu du procès, tel qu'il a paru dans le *Figaro* du 8 avril, l'avocat de la veuve X... démontra que l'alimentation forcée ne consiste pas seulement dans l'introduction obligatoire des aliments par le moyen de la sonde, mais encore *dans la provocation des mouvements de déglutition, à l'aide de l'électricité, ou par l'éthérisation et le chloroforme!*

Voici les principaux attendus du jugement :

Attendu que d'un certificat délivré à la dame X... par le médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, il appert que X... aurait succombé à un marasme consécutif au refus prolongé d'aliments;

Attendu que la demanderesse se prévaut de ce certificat pour prétendre que le régime de l'alimentation forcée n'avait pas été appliqué à son mari pendant le séjour de celui-ci dans la maison de Charenton, ou qu'avec une grande négligence, sans aucun des soins ni perfectionnements que comporterait l'état actuel de la science médicale; qu'il en serait résulté que l'aliéné serait arrivé à Sainte-Anne et à Ville-Evrard dans un état de faiblesse physique impossible à surmonter;

Que la dame X... réclame en conséquence au Dr Christian, le paiement de 50.000 francs à titre de dommages-intérêts en raison du préjudice que lui cause la mort de son mari;

Que subsidiairement la dame Vve X... demande à prouver par voie d'enquête la faute et la négligence qu'elle impute au Dr Christian;

Mais, attendu que, si le médecin en chef de Ville-Evrard a cru devoir attribuer la mort de X... à un refus prolongé d'aliments, il a reconnu toutefois que le certi-

ficat de décès rédigé par son interne portait que la mort aurait été due à une paralysie générale;

Attendu que l'autopsie du défunt n'ayant pas été pratiquée, il est impossible, en tous cas, dans l'état actuel, de déterminer avec exactitude la cause de la mort de X...;

Attendu que les faits articulés par la demanderesse sont fondés sur la supposition que le décès de son mari n'aurait eu d'autre cause qu'un défaut d'alimentation; qu'ils ne sont ni pertinents ni concluants;

Qu'il est inutile par le même motif d'ordonner l'expertise à laquelle conclut en dernier lieu la dame X;

Attendu que la demande formée par celle-ci n'étant appuyée d'aucune justification, ne peut être que rejetée par le tribunal;

Par ces motifs;

Déclare la dame X... mal fondée dans sa demande, l'en déboute;

Dit qu'il n'y a lieu d'ordonner une enquête et une expertise;

Condamne la dame X... aux dépens.

Il n'y a pas eu appel, le jugement est devenu définitif.

Tout est bien qui finit bien, devrais-je dire. Mais tel n'est pas mon avis. Je me sens presque humilié à l'idée qu'un procès pareil ait pu être intenté à un médecin, déjà blanchi sous le harnais, et sur des bases aussi fragiles! Il en ressort peut-être aussi cette leçon, qu'on ne saurait se montrer trop réservé dans ses jugements et ses affirmations, surtout quand il s'agit d'un malade qu'on ne connaît pas, sur lequel on n'a pas de renseignements suffisants. Si à Ville-Evrard, l'interne d'abord, le médecin en chef ensuite, n'avaient pas affirmé catégoriquement que le pauvre X... « avait succombé à un refus prolongé d'aliments » (?), sa veuve n'aurait eu aucune base pour m'intenter son procès, — et cela m'aurait évité bien des ennuis!

Revue critique.

L'ORTHOPHRÉNOPÉDIE

Par le Dr Georges VERNET
Médecin adjoint de l'asile de Moulins.

Ortho-phréno-pédie : pas n'est besoin d'être grand clerc en étymologie pour comprendre la signification de ce néologisme que M. Thulié tente d'introduire dans le vocabulaire médical (1). L'orthopédie, comme chacun sait, est l'étude du redressement physique : l'orthophrénopédie sera la science du redressement moral de l'enfant. Le vocable paraîtra peut-être peu harmonieux; on ne contestera point que la formation grammaticale n'en soit des plus correctes.

Si le mot est nouveau, la chose d'ailleurs est ancienne. Dès les premières années du XIXe siècle, à propos du cas resté célèbre du sauvage de l'Aveyron, Itard posa les principes premiers, qui sont restés des règles en la matière. En l'espèce, il faut bien le dire, l'application ne fut pas des plus heureuses et l'orthophrénopédie à ses débuts, entre les mains mêmes de son initiateur, enregistra un échec retentissant. Depuis lors elle s'est réhabilitée : avec F. Voisin, Séguin, Bourneville, d'autres encore, elle a fourni une brillante carrière, publié les plus beaux succès. Son ambition s'en est accrue : modestement, elle n'avait eu d'abord en vue, parmi les

(1) Dr H. Thulié. *Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie*, un volume in-8° de 678 pages, avec 53 figures dans le texte. Publication du *Progrès médical*, F. Alcan, éditeur, Paris, 1900.

dégénérés, que les plus inférieurs, les plus notoires. Elle ne pouvait s'en tenir là. De plus en plus, au cours du siècle, la dégénérescence élargissait son cadre ; chaque jour elle devenait plus envahissante : il était logique que l'orthophrénopédie, — qui en est proprement la thérapeutique, — marchât du même pas, prît un égal développement. Exposé didactique et traité complet des méthodes de redressement moral, le livre de M. Thulié devra donc, pour consacrer cette évolution et tenir compte de ces progrès, nous dérouler de bout en bout toute la gamme des dégénérescences et nous proposer, en face des différents types d'anormaux que la science moderne a décrits, la série des moyens qu'elle peut aujourd'hui mettre en œuvre pour les modifier et les amender.

En fait, c'est par une gradation ininterrompue et presque insensible que l'on s'élève de l'idiot le plus bestial au déséquilibré le plus subtil. A l'intensité près, les facteurs étiologiques que l'on peut incriminer restent les mêmes, dominés par l'hérédité ; les mêmes aussi, en leur essence, les déformités physiques comme les défectuosités mentales. Que, dès lors, dans tous les cas, le traitement s'inspire de principes identiques, qu'il utilise aux divers degrés de l'échelle des méthodes analogues, plus ou moins affinées, rien que de très naturel et l'on pourrait évidemment, sans grand inconvénient, formuler sous la même rubrique et d'un seul tenant les règles et procédés thérapeutiques applicables à tous les dégénérés. M. Thulié estime cependant qu'il y a intérêt pour la clarté de l'exposition, à en scinder la description : à réunir en un premier groupe, à contours sans doute plus précis, mieux exploré sinon mieux connu, à types en tous cas plus nets et moins discutés, les idiots et les imbéciles, *dégénérés inférieurs* ; à aborder ensuite, en partant de ce point d'appui solide, l'étude du deuxième groupe, plus complexe et plus flou, déséquilibrés et débiles, réunis sous la dénomination unique de *dégénérés supérieurs*. Telles vont être, en effet, les deux grandes divisions de son ouvrage.

Depuis un siècle, l'idiotie a fait l'objet de multiples travaux. A ne considérer que leur nombre et la qualité

de leurs auteurs (Itard, Falret père, Félix Voisin, Séguin, Bourneville, etc.), on pourrait croire son étude très avancée et la notion qu'on en a prise très complète. Il paraît bien qu'il n'en soit rien, à lire M. Thulié. C'est ainsi qu'à l'heure actuelle, — et y a-t-il meilleur critérium? — il n'est pas encore possible de donner de l'idiotie une définition satisfaisante. Toutes celles qui ont été proposées depuis Pinel et Esquirol, pour ne rappeler que les plus connues, jusqu'à celles de MM. Sollier, Bourneville et J. Voisin, pour ne citer que les plus récentes, prêtent le flanc à la critique et M. Thulié n'ose guère espérer qu'il en ira différemment pour celle que, bien timidement, il se risque à nous produire. Rebelle à la définition, l'idiotie l'est plus encore, si possible, à toute classification : aucune de celles, — et la liste en est longue, — qui ont été successivement échafaudées sur des bases plus ou moins fragiles n'a su résister victorieusement à l'épreuve du temps et force nous est, jusqu'à plus ample informé, de nous borner à un simple classement sans prétention, tel celui, bien connu, de M. Bourneville. Quant à une description d'ensemble, on ne saurait davantage y songer : « chaque sujet a sa physionomie particulière, chacun demande une peinture spéciale »; ici encore on se contentera d'une énumération des différents signes que l'on peut trouver isolés, réunis ou diversement combinés chez les dégénérés inférieurs; c'est à ce parti que se range M. Thulié, qui nous décrit en deux chapitres compacts, si complètement et si longuement que nous ne saurions entreprendre même de les résumer, les symptômes physiques, organiques et intellectuels de l'imbécilité et de l'idiotie.

Aussi bien ce bilan détaillé qu'il vient de dresser de notre connaissance des dégénérés inférieurs n'a-t-il pour but, dans l'esprit de l'auteur, que de nous mieux préparer à aborder l'étude, qui surtout nous importe, de leur traitement. Traitement médical, inscrit-il en tête du premier chapitre, traitement qui ne peut être que palliatif, prend-il bien soin de nous déclarer dès les premières lignes. Et, pour donner à l'avertissement toute sa signification, il nous rappelle immédiatement les tentatives osées autant que malheureuses de ces chirur-

giens contemporains qui, guidés par une idée fausse dans la poursuite d'une chimère, n'hésitèrent pas naguère à trépaner largement des crânes d'idiots dans le dessein hypothétique de donner plus de jeu au cerveau sous-jacent. M. Bourneville, on le sait, fit bonne et prompte justice de ces théories pathogéniques erronées; l'avenir lui a donné pleinement raison et, à l'heure actuelle, la crâniectomie chez l'idiot a vécu. L'expérience toutefois n'aura pas été sans profit si elle nous induit dorénavant en une sage prudence dans l'emploi des moyens sanglants que certains cas exceptionnels (hydrocéphalie) paraissent comporter. D'autant que nous ne sommes pas, à leur défaut, sans ressources : nous disposons aujourd'hui d'une thérapeutique qui, pour ne rien emprunter à l'arsenal chirurgical, non plus d'ailleurs qu'à la pharmacopée, n'en est ni moins active, ni surtout moins efficace. C'est celle que M. Thulié va maintenant nous décrire, ce sont ces procédés d'éducation patiente, ces pratiques si minutieusement réglées, dont M. Bourneville a fait un corps et qu'il a groupées sous le nom de traitement médico-pédagogique de l'idiotie.

Le principe essentiel du traitement médico-pédagogique peut être résumé dans l'aphorisme suivant : « Faire naître, par la répétition incessante et régulière d'exercices appropriés, non seulement des habitudes, mais encore de véritables nouveaux réflexes. » Or, il n'est presque pas une des fonctions principales de la vie, restées à l'état si rudimentaire chez bon nombre d'idiots, dans l'éducation et le redressement de laquelle ce principe ne trouve son application : fonctions organiques : succion, mastication, défécation, miction; fonctions du mouvement : marche, station debout, ascension, préhension; fonctions des organes des sens (toucher, vue, ouïe); fonction du langage articulé; fonctions intellectuelles enfin : attention, mémoire, jugement, etc. Pour chacune de ces fonctions, M. Thulié nous décrit en détail les procédés d'éducation et de redressement dont il préconise l'emploi et qui sont, au reste, très exactement ceux qu'on peut voir appliquer journellement dans le service-modèle de M. Bourneville. C'est encore à l'œuvre du médecin de Bicêtre que M. Thulié emprunte les cinq

observations qu'il nous rapporte et qui témoignent des excellents résultats que peut donner la méthode entre des mains expérimentées.

On nous excusera de ne pas insister davantage sur cette première partie du livre de M. Thulié. Nous ne saurions le faire sans entrer dans des détails par trop minutieux et d'ailleurs bien connus. Il est un point cependant, très discrètement indiqué par l'auteur, sur lequel nous nous permettrons d'attirer l'attention. M. Thulié nous a dit « quel temps, quels soins de tous les instants il faut employer, quelles répugnances il faut vaincre pour amener un de ces inférieurs à la propreté, à l'usage de ses membres, à la possession de quelques connaissances, à la possibilité de quelque travail ». Or, que, pour une cause quelconque, cette gymnastique intellectuelle et physique vienne à s'interrompre et aussitôt, dans un laps de temps très court, quelques mois à peine, le fruit de ce long travail aura complètement disparu, la régression se sera faite avec une stupéfiante rapidité. Il doit donc être bien entendu que ces résultats superbes, dont quelques-uns paraissent tenir du merveilleux, sont par contre et fragiles et précaires et qu'ils restent, en tous cas, subordonnés à la continuation constante et incessante des efforts déjà faits pour les obtenir. C'est là, ce nous semble, une considération dont on ne saurait méconnaître l'importance dans l'appréciation que l'on peut porter sur le traitement médico-pédagogique des imbéciles et des idiots.

Un intérêt social éminent s'attache au traitement préventif des dégénérés supérieurs. La plupart des petits vagabonds, des jeunes délinquants, des criminels précoces se recrutent parmi les débiles et les désiquilibrés. Tel est le grand fait, bien établi, au sujet duquel l'accord est aujourd'hui complet parmi les spécialistes de l'enfance malheureuse. Mais, trop longtemps, cette vérité resta méconnue : avant les travaux de l'école aliéniste française, de Morel, de M. Magnan et de leurs élèves, la criminalité juvénile n'était pas apparue avec son véritable caractère. Aussi toute notre législation sur l'enfance coupable porte-t-elle à faux, et voilà pourquoi,

désormais avertis, nous devons la reprendre résolument à la base. A l'idée surannée qui la domine, de répression, d'expiation, se substituera dorénavant l'idée plus haute et incomparablement plus féconde de réforme, de redressement.

A vrai dire, c'est bien en ce sens que s'oriente depuis 1850 l'esprit du législateur : la loi, — qui remonte à cette époque, — sur l'éducation et le patronage des jeunes détenus, la loi du 24 juillet 1889 sur les moralement abandonnés, la loi du 19 avril 1898 sur la protection de l'enfance, marquent incontestablement des étapes dans cette voie du progrès. N'empêche qu'il reste encore beaucoup à faire et que de nouveaux efforts sont nécessaires qu'il n'appartient qu'au Parlement d'accomplir. Une série de vœux préparés par des hommes de premier mérite, au point de vue scientifique comme au point de vue charitable, ont été adoptés après une discussion approfondie par les groupements et les Congrès compétents (Société générale des prisons, Congrès pénitentiaires, Congrès d'assistance, etc.). Tous tendent essentiellement à obtenir la création et l'organisation, aux lieux et places des colonies pénitentiaires et des quartiers correctionnels actuellement existants, d'établissements ayant nettement un caractère d'éducation et d'assistance, écoles de réforme à la fois et de préservation. Il suffirait de donner à ces vœux une sanction, c'est-à-dire de les transformer en lois : c'est à cette œuvre, urgente entre toutes, que M. Thulié convie tous ceux qui, ayant la charge, n'ont pas moins le souci de la chose publique.

Au surplus, et quelque prochaine qu'intervienne la solution désirée, nous n'avons pas à craindre d'être pris au dépourvu. D'ores et déjà, les plans de l'école de réforme sont prêts, le fonctionnement réglé, les programmes établis. C'est que, sur ce point comme sur bien d'autres, l'initiative privée, — ou même départementale (Seine, Seine-Inférieure, Marne), — a pris les devants sur l'institution d'État ; c'est aussi, il faut bien le dire, qu'ici encore nous pouvons chercher modèles à l'étranger (Belgique, Angleterre). L'expérience donc ni les documents ne feront défaut à qui voudra dès maintenant produire une étude complète de l'école de

réforme, de son organisation, de ses méthodes, de ses résultats. Même M. Thulié ne s'en tiendra pas là. A ses yeux, l'école de réforme n'est pas tout : elle ne constitue, dans l'assistance des dégénérés supérieurs, qu'un rouage, essentiel sans doute, mais non pas unique ni exclusif, d'un mécanisme plus vaste et plus complexe. Pour faire porter à l'institution tous ses fruits, il faut, à son avis, en préparer soigneusement le recrutement et si l'on tient surtout à conserver le bénéfice des résultats acquis, il importe au premier chef de se préoccuper encore du placement et de l'avenir des pupilles à leur sortie. C'est donc d'un système complet d'assistance,—ayant comme base l'école de réforme, — que M. Thulié va exposer maintenant le détail.

Un enfant est arrêté, pour vagabondage ou pour tout autre délit ; ou bien encore, par décision judiciaire, il est retiré du sein d'une famille vicieuse ou criminelle : que va-t-il devenir? ou plutôt, qu'en doit-on faire?

Tout d'abord, l'étudier; c'est-à-dire analyser son caractère et son intelligence, chercher à savoir de quels mauvais principes il est imprégné, à connaître ses déformations morales, ses tares acquises ou héréditaires. Cette étude sera faite par un médecin dans un établissement spécial, disposé et outillé pour ces investigations, et qui sera aux petits dégénérés ce qu'est aux aliénés dans le département de la Seine le service de l'admission à l'asile Saint-Anne : un bureau d'examen et de répartition.

Là, s'opèrera un premier tri : quelques rares enfants seront envoyés en placement familial, par l'entremise du service des moralement abandonnés; quelques autres seront réservés, par un magistrat désigné par la loi, pour passer en justice ; le plus grand nombre enfin sera dirigé sur l'école de réforme.

Les écoles de réforme actuellement existantes ne sont pas toutes organisées d'après les mêmes principes. Dans un premier système, dit du *casernement*, dont l'appellation exprime clairement la méthode, les dortoirs, les réfectoires, les préaux, sont établis pour la vie en commun ; les enfants, dirigés militairement, ne sont divisés en sections et en sous-sections que pour le travail de jour ; c'est sur ce type que sont construites, en Belgique,

les écoles de Ruyselede, de Wynghene, de Beernem. Dans un deuxième système, dit *de famille*, les enfants sont réunis par groupe d'un nombre limité et d'ailleurs variable : 12 à 15 à la Rauhe Haus de Hambourg, 25 à 30 à Braunsdorff (Saxe) et à Haguenau (Alsace-Lorraine), 40 à Mettray (France), 50 à Redhill (Angleterre) et à Hall (Suède). Chaque famille a son habitation particulière, comprenant : le dortoir, le réfectoire, la salle de classe, les lieux de récréation ; les ateliers seuls sont communs à tous les pensionnaires d'un même établissement. Dans un dernier système enfin, l'on pratique l'*isolement cellulaire* avec ses diverses variantes : isolement absolu et incessant, de jour comme de nuit (*Solitary confinement*) ; isolement mitigé, c'est-à-dire avec visites du directeur, de l'aumônier, des membres de la commission de surveillance, etc. (*Separate confinement*, Petite Roquette) ; isolement progressivement décroissant, enfin, ou système irlandais, c'est-à-dire détention cellulaire d'abord, puis détention commune et, plus tard, sortie d'essai. Critique faite de ces différents systèmes, M. Thulié se prononce en faveur d'un système mixte, combinaison du système irlandais avec le système de famille, et s'arrête à la conception suivante d'un établissement d'orthophrénopédie : un pavillon de cellules pour l'étude du sujet à son entrée ; un pavillon isolé pour chaque section ou famille ; des ateliers communs, un domaine agricole, des services généraux (infirmerie, hydrothérapie, etc.). C'est d'ailleurs à peu près sur ce plan qu'a été construite par le département de la Seine la magnifique école Lepelletier de Saint-Fargeau.

Examiné, analysé, étiqueté au bureau d'admission, l'enfant est donc dirigé sur l'école de réforme. Dès son entrée, il sera placé dans le pavillon des cellules et isolé. Immédiatement, il y sera visité par le directeur, qui l'étudiera et commencera sans plus tarder le traitement moral. Dès le premier jour également, il sera mis au travail et surveillé, corrigé, redressé à ce point de vue par un spécialiste. Il sera maintenu dans cette *salle de réflexion*, suivant l'euphémisme en usage à Mettray, un temps variable, subordonné à la connaissance plus ou moins rapide de son caractère, de ses facultés, de sa malléabilité.

C'est seulement après cette période d'observation qu'il sera classé dans une section.

Le choix de la section est chose délicate. Quel critérium prendre pour base de répartition? Ce ne peut être ni la nature du délit, — le criminel vaut souvent mieux que le simple délinquant, — encore moins, comme le voudraient certains criminalistes italiens, la présence de stigmates physiques, — il est aujourd'hui bien connu qu'il n'existe aucun parallélisme entre les stigmates physiques et les stigmates moraux. Une première sélection s'opèrera d'après l'âge, la grande division étant la puberté; quant au reste, on s'appuiera surtout pour le classement « sur la similitude des grands traits du caractère et sur le niveau des facultés intellectuelles ». Il est de toute première nécessité, en tous cas, que les sections soient peu nombreuses, de manière à rendre possible le traitement individuel.

Moraliser ces natures vicieuses, faire pénétrer dans ces cerveaux rétifs les notions indispensables du bien et du mal, du juste et l'injuste, du devoir et du droit, n'est pas chose facile ni besogne d'un jour. Il y faut méthode, patience et temps. Un premier point est capital : imposer une discipline impeccable, obtenir une obéissance pour ainsi dire automatique à la règle et à l'autorité. L'obéissance surtout devra être absolue, tellement profonde qu'elle devienne naturelle et instinctive, qu'elle existe, en un mot, à l'état de véritable réflexe. Or, nous connaissons déjà, pour les avoir employés chez l'idiot, les moyens de faire naître et de développer les réflexes ; les mêmes procédés serviront pour créer et pour perfectionner chez le dégénéré supérieur le réflexe primordial de l'obéissance.

A cette fin, on s'adressera à la fonction la plus accessible à la discipline, la fonction du mouvement : on aura recours à la gymnastique. Mais, ici encore, il faudra savoir choisir ; car, toutes les modalités de la gymnastique ne doivent pas être appliquées indistinctement. On se défiera, par exemple, de la gymnastique individuelle ou d'appareils, laquelle a des inconvénients hygiéniques, — Lagrange l'a démontré, — et surtoux moraux : en même temps que les muscles, elle développe la vanité. C'est par groupes et d'ensemble que les mouvements

dits d'assouplissement seront exécutés. Rien n'égale en effet, en vertu éducative, les *exercices du plancher*, surtout lorsqu'ils sont agrémentés d'un accompagnement musical harmonieux et bien rythmé.

La gymnastique ainsi pratiquée « contribue à faire prendre des habitudes d'ordre et de régularité aussi bien au moral qu'au physique », elle exerce et développe l'attention, « elle aiguise et affine la sensibilité chez les inertes et les passifs, elle l'émousse au contraire chez les névrosés », elle fortifie la volonté, enfin, — et l'observation n'a rien du paradoxe, — elle stimule les facultés intellectuelles elles-mêmes, car elle met en jeu à tout instant et la mémoire et le jugement. Ce n'est donc exagérer ni son rôle ni ses bienfaits que de considérer la gymnastique comme la préparation nécessaire, aussi bien que le plus précieux adjuvant, à la fois de l'enseignement intellectuel et de l'éducation morale que les écoles de réforme auront mission de dispenser.

L'enseignement de l'école de réforme se distinguera par son caractère pratique. Il se proposera comme but de fixer dans l'esprit des élèves les notions qui sont indispensables à l'homme appelé à vivre d'un métier manuel ; comme moyen, il utilisera avant tout la leçon de choses : « toute l'éducation doit être due à l'expérience et pénétrer par les sens » ; comme méthode, il cherchera bien plutôt, en développant l'attention et l'esprit d'imitation, à exalter l'effort qu'à provoquer l'émulation. Au point de vue professionnel enfin, il visera à donner à l'enfant le goût et la connaissance approfondie d'un métier et il s'efforcera de l'intéresser au travail par une minime mais régulière rémunération.

L'éducation morale sera poursuivie par une double voie : enseignement théorique, démonstrations pratiques. La morale est une science ; comme toute science, elle s'apprend, on l'enseigne. Pour en inculquer les notions aux jeunes dégénérés, c'est toujours à la même méthode que l'on aura recours : répétition patiente et constante de ses principes. Sur le modèle des catéchismes, on a écrit des *livrets de morale* (1), on a formulé ses com-

(1) M. Thulié recommande le livret de morale de M. Charles

mandements. On exigera des enfants qu'ils les apprennent à la lettre et que leur mémoire en soit imprégnée au point que chaque précepte leur en vienne aussitôt à l'esprit, à la moindre suggestion. Pratiquement, on formera la conscience de l'enfant en ne soumettant à son esprit d'imitation que des actions honnêtes, des préceptes moraux justes : « toute la vie du professeur, dans une école de réforme, doit être une leçon ». C'est ainsi qu'il fera vraiment une bonne et saine suggestion, et qui n'offrira pas les dangers de la suggestion hypnotique, dont on ne saurait, en orthopédie mentale tout au moins, recommander l'emploi. Très spécialement, l'une des vertus morales qu'il s'attachera à faire germer dans l'esprit des enfants sera : la justice. Les punitions et les récompenses, distribuées avec une impeccable équité, lui seront une occasion quotidienne de faire pénétrer dans leurs jeunes cerveaux cette notion fondamentale.

Avec cette organisation et par ces moyens, on retirera de l'école de réforme les meilleurs résultats. Du quartier correctionnel de Lyon, par exemple, lequel cependant est loin de posséder l'outillage nécessaire à l'application des méthodes orthophrénopédiques, on estime que les trois quarts des pupilles sortent amendés, — les autres étant pour la plupart, non seulement des candidats à l'aliénation mentale, mais déjà des aliénés dont la place est marquée à l'asile. L'expérience ne laisse donc pas d'être encourageante et paraît bien légitimer toutes les espérances qu'on a fondées sur les écoles de réforme à venir.

Pourquoi faut-il qu'ici encore il y ait une ombre à ce tableau ? Que deviendront les pupilles après leur sortie ? Rendus brusquement à la vie ordinaire, n'est-il pas à

Dupuy. Il en rapporte quelques maximes et en rappelle les grandes divisions : définitions, devoirs envers soi-même, envers la famille, envers le prochain, ces derniers subdivisés eux-mêmes en devoirs restrictifs et devoirs oblatifs. — Mais il y voudrait quelques retouches, une forme plus incisive, moins de sécheresse et il souhaite qu'un poète et qu'un artiste se trouvent et s'unissent « pour donner à ces vérités précieuses, la forme poétique qui les imposerait par la pénétration du rythme et le charme de l'harmonie ».

craindre qu'ils ne retombent bien vite à leurs premiers errements? Cette grosse question de la fixation du redressement n'est pas, on le pense bien, sans préoccuper M. Thulié. Voici la solution qu'il aperçoit et les mesures qu'il propose. Il demande d'abord que l'on évite les sorties prématurées, causes de rechutes; en second lieu, qu'à l'exemple de la Société Félix Voisin l'on pousse autant que possible aux engagements dans l'armée, « où se continuera le dressage moral »; que l'on encourage dans la mesure la plus large les sociétés de patronage déjà existantes; enfin et surtout que l'on organise administrativement et officiellement la protection et le patronage des jeunes libérés. Tous ces moyens seront-ils efficaces? Rendront-ils définitive et durable une amélioration si péniblement et si chèrement obtenue? M. Thulié l'espère, il n'ose l'affirmer.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'œuvre à tous égards considérable, de M. Thulié. Nous en avons extrait, croyons nous, l'essentiel; mais nous ne saurions en aucune façon prétendre en avoir traduit la véritable et très originale physionomie. Dans un livre dont elle fournit le titre, l'orthophrénopédie tient évidemment la première et la plus grande place. Mais, à son propos, combien de questions de tout ordre sont traitées! Que de problèmes évoqués! et, surtout, que d'emprunts renouvelés aux sciences voisines ou simplement connexes : physiologie, philosophie, anthropologie, criminologie, sociologie, politique même! M. Thulié, on ne peut que le reconnaître, ne craint pas les digressions : toute occasion lui paraît bonne pour propager et pour répandre les idées qui lui sont chères. Et c'est ainsi que, tour à tour, nous le voyons : défendre la République et l'école laïque contre le reproche d'avoir augmenté la criminalité juvénile; engager la controverse avec Lagrange sur les mérites respectifs des divers modes de la gymnastique: combattre la castration obligatoire des idiots; réfuter Lombroso; soutenir M. Lucipia contre M. Puibaraud, en divergence sur l'idée de conscience; souligner les travers de notre caractère national et les défauts de nos mœurs politiques; réclamer la construction de locaux scolaires et l'application plus sévère de

la loi sur l'instruction obligatoire; proposer, à l'instar de l'Angleterre, l'institution de bedeaux d'enfants (*boys' beadles*); définir l'acte réflexe et démontrer l'hérédité des instincts; discuter du fondement de la morale et critiquer l'impératif catégorique; rappeler, sur la foi de Pierre Laffitte, les origines du catéchisme; prendre parti dans la querelle de l'hypnotisme pour l'Ecole de la Salpêtrière contre l'Ecole de Nancy; suivre l'évolution et la transformation des peines corporelles depuis Platon jusqu'à nos jours, en passant par les Pères de l'Eglise, Erasme, Montaigne et les hommes de la Révolution; nous entraîner en un mot sur les domaines les plus divers et sur les terrains les plus variés à la suite et au gré de son encyclopédique érudition. Hâtons-nous d'ailleurs de le dire : faites en la compagnie de M. Thulié, ces excursions ne sont pas sans charme, ni surtout sans profit. Le guide est de choix, sa parole fleurie, sa science abondante et sûre. Qu'importe dès lors qu'il ne nous mène pas au but à vive allure et qu'il s'attarde complaisamment aux détours du chemin? D'avoir plus longtemps pris plaisir à le suivre, personne assurément ne se plaindra.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

—

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1903

Présidence de M. GILBERT BALLET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Piéron, Thivet et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Roubinovitch, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre du ministre de l'instruction publique annonçant, pour le mardi 5 avril prochain, l'ouverture du Congrès des Sociétés savantes.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La Simulacion de la locura*, par M. José Ingegnieros ;

2° *De la situation des aliénés dans le Comtat-Venaisin et dans Vaucluse* (1680-1901), par M. P. Duhamel ;

3° Un fascicule de travaux de la Faculté de médecine de l'Université de Tokio (Japon) ;

4° La *Revue de l'Hypnotisme*, numéro de décembre ;

5° La *Tempérance*, numéro de décembre.

Élection du Bureau de 1904.

Il est procédé au scrutin pour la nomination d'un vice-président pour l'année 1904.

1er tour. Votants : 20

MM.	VALLON	10	voix.
	BOURNEVILLE . . .	6	—
	BRIAND	3	—
	SÉGLAS	1	—

2e tour. Votants : 20

MM.	VALLON	15	voix.
	BOURNEVILLE . . .	2	—
	BRIAND	2	—
	SÉGLAS	1	—

M. VALLON est élu vice-président; il remercie la Société de l'honneur qu'elle lui fait.

Les autres membres du bureau étant réélus par acclamation, le bureau de 1904 se trouve ainsi composé :

Président. — M. DANIEL BRUNET.
Vice-Président. — M. CH. VALLON.
Secrétaire-général. — M. RITTI.
Secrétaires de séances. — MM. BLIN et DUPAIN.
Trésorier. — M. ANTHEAUME.
Bibliothécaire-archiviste. — M. BOISSIER.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du Bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents : MM. MOTET et BALLET.

Le Comité de publication se compose de MM. BRIAND, LEGRAS et POTTIER.

La Commission des finances est composée de MM. CHRISTIAN et SEMELAIGNE.

Rapport de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre dernière séance vous avez nommé une commission composée de MM. Legras, Vallon et Dupain, rapporteur, chargée d'examiner la candidature de M. le docteur Lucien Pron qui sollicite le titre de membre correspondant. Je viens vous donner lecture du rapport de votre commission.

Ancien externe des hôpitaux de Paris, M. le docteur Pron se livre d'une façon spéciale aux études médico-psychologiques. Vous connaissez, et vous avez pu apprécier, les communications faites à votre Société cette année, au mois de janvier et au mois d'avril : sur le rêve à répétition et sur le rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale. L'année dernière, M. le docteur Pron avait publié, dans *la Revue internationale de médecine et de chirurgie*, un travail intéressant sur la périodicité des crises et le traitement de la migraine. Un peu après il a communiqué à la Société Anatomique, en collaboration avec M. G. Leven, l'observation d'un cas de calcul biliaire passé dans l'intestin par fistule cystico-intestinale; puis, à la Société de biologie, un travail sur les battements aortiques abdominaux chez les dyspeptiques. La thèse inaugurale de M. le docteur Pron, soutenue en 1901, « sur l'influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques » a été justement remarquée. L'auteur a fait hommage à votre Société de la deuxième édition de son ouvrage. Il dit dans sa préface que c'est presque un ouvrage nouveau qu'il présente au public.

Des chapitres entiers de la première édition ont été supprimés et remplacés par d'autres inédits. La titre du livre porte simplement : « Influence de l'estomac sur l'état mental et sur les fonctions psychiques. » Dans un historique assez court, mais substantiel, l'auteur passe en revue les opinions des anciens et des modernes sur les rapports pathologiques entre le cerveau et l'estomac; puis il aborde, dans une deuxième partie, l'union anatomique du système nerveux sympathique et du système nerveux cérébro-rachidien ; — le rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale ; — l'importance de l'estomac et du plexus solaire; — sa solidarité avec le cerveau. Dans la troisième partie, M. le docteur Pron étudie le régime alimentaire et le caractère. — « L'homme pour être normal au physique et au moral, pour avoir des idées saines et une volonté moyenne, une sensibilité qui ne sera ni de la sensiblerie, ni de l'émotivité exagérée, devra être sobre et suivre un régime alimentaire mixte,

d'autant plus végétal pourtant qu'il s'adonnera davantage aux travaux de l'esprit et qu'il aura un tempérament ou des antécédents nerveux. » — Dans la quatrième partie, l'auteur s'occupe « des troubles produits par la dyspepsie dans le domaine de l'âme sensitive » — et il passe en revue la tristesse, la mélancolie, l'hypocondrie, l'émotivité, l'angoisse, les diverses phobies, l'excitation génitale, le suicide ; et dans un autre chapitre : « des troubles produits dans le domaine de l'âme intellectuelle et volontaire » : — « les rêves, les cauchemars, les terreurs nocturnes, l'attention, la mémoire, l'aphasie transitoire, le mutisme, l'hallucination, la volonté, la liberté, le délire passager, la folie. » — Enfin un chapitre de pathogénie termine le volume par l'examen de la théorie de l'auto-intoxication, et la théorie réflexe.

Tels sont les principaux travaux de M. le docteur Pron Votre commission, Messieurs, est d'avis de faire bon accueil à sa candidature et vous prie de vouloir bien ratifier par votre vote les conclusions de ce rapport tendant à vous proposer de décerner à M. le docteur Pron le titre de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Pron est nommé à l'unanimité, membre correspondant.

Syphilis cérébrale et démence,

par MM. A. Vigouroux et Charpentier.

L'observation que je voudrais communiquer à la Société présente certaines analogies avec l'intéressante observation que M. Doutrebente a lue à la dernière séance.

Il s'agit en effet d'un malade dans le cerveau duquel, à l'autopsie, on trouva à la fois des lésions circonscrites tertiaires, gomme de la couche optique et de la protubérance, et de la méningite diffuse.

Toutefois, ce malade qui a présenté une démence à évolution très rapide et à caractères particuliers, sur lesquels nous allons insister, et des troubles paralytiques

des muscles des yeux, n'a pas présenté le syndrome clinique paralysie générale.

Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, sans antécédents héréditaires ni personnels connus; il est tombé du jour au lendemain dans un état de confusion mentale extrême qui évolua rapidement vers la démence.

Employé de bureau, attaché à une bibliothèque, D... était un homme d'intelligence moyenne, de caractère égal, d'habitudes régulières; jamais il n'avait présenté de signe de dérangement cérébral.

Le 15 février, il ne vient pas à son bureau; ses amis, qui l'avaient quitté la veille en bonne santé, s'inquiètent, vont chez lui. Ils trouvent un homme complètement modifié, répondant par des ricanements aux questions qu'on lui pose, tenant des propos incohérents, réclamant sa mère, morte depuis huit ans..., etc.

Il ne présentait aucune paralysie localisée; sa santé paraissait bonne.

Ses amis cherchent à le raisonner, à le calmer, l'emmènent à son bureau. Peine perdue, D... est incapable de fixer son attention, il leur échappe, parcourt le quartier en réclamant sa mère.

Mis en observation à l'hôpital Saint-Joseph, il ne peut y rester, il s'en évade; il est dirigé sur Saint-Anne avec le diagnostic de confusion mentale.

A Sainte-Anne, le Dr Magnan porte le diagnostic de : affaiblissement intellectuel avec préoccupations hypocondriaques. Il est transféré à Vaucluse.

A son entrée dans le service, nous constatons que D... présente un certain nombre de stigmates physiques de dégénérescence : petitesse de la taille, forme ogivale de la voûte palatine, monorchidie, adhérence congénitale du prépuce au gland.

L'examen des différents organes est presque entièrement négatif; les pupilles sont égales et réagissent, la force musculaire peu développée est égale des deux côtés, les réflexes patellaires sont exagérés et les réflexes plantaires en flexion.

Les organes de la respiration, circulation, digestion, sont normaux. Pas de stigmates de syphilis.

Au point de vue mental, la confusion des idées est le symptôme dominant. Il ne sait où il est, ni depuis quand il y est, il veut partir, retourner près de ses deux mères qui l'attendent. Il nous dit qu'il est employé à la Société bibliographique, mais ne peut nous fournir aucun autre renseignement sur lui-même. Il a, jusqu'à un certain point, conscience de l'affaiblissement de sa mémoire, et attribue cet affaiblissement à un refroidisse-

ment. Il est extrêmement émotif, il éclate sans raison en sanglots.

Dans les premiers jours de son entrée, il reste calme et indifférent ; de temps en temps il fond en larmes et demande à partir rejoindre sa mère.

Sa mémoire a complètement disparu, non seulement la mémoire des événements récents, mais celle des événements anciens, la seule date qui ait subsisté dans cet effondrement est celle de sa naissance ; mais il a oublié tout le reste.

Toutefois, quand on l'interroge, il s'efforce de répondre aux questions, et il le fait avec la plus grande courtoisie : il s'excuse de ne pouvoir fournir tel ou tel renseignement, il regrette vivement de l'avoir oublié, ou bien alors il répond la chose la plus incohérente qui lui traverse l'esprit, mais avec toutes les formules banales de la politesse.

Déjà il urinait au lit par intervalle.

Le 28 février, un mois après son entrée, l'infirmier le voit s'asseoir sur une chaise, les yeux fermés, la tête un peu chancelante ; il ne perd pas connaissance et peut sans aide regagner son lit.

Il ne peut plus soulever les paupières ni mouvoir les globes oculaires. Il avait le facies d'Hutchinson et présentait une ophtalmoplégie bilatérale partielle et incomplète, caractérisée par la paralysie *à gauche* du muscle releveur de la paupière, du droit supérieur, du droit interne.

A *droite*, paralysie du muscle releveur de la paupière, du droit interne, du droit supérieur et du droit inférieur, les droits internes et les obliques étaient indemnes, les pupilles égales sont en dilatation moyenne, les réflexes à la lumière sont diminués, le réflexe à l'accomodation est conservé.

Pas d'autres troubles de la motilité.

Cette paralysie des troisièmes paires ne fut pas durable et entra rapidement en régression ; trois semaines après l'apparition des accidents, il ne restait plus qu'une parésie des releveurs des paupières.

La démence faisait encore du progrès ; mais toujours elle s'accompagnait d'une certaine euphonie bienveillante et niaise.

D... ne demande plus à retourner chez sa mère, il se trouve bien où il est. Il nous accueille tous les matins avec la plus grande politesse, nous prenant pour un de ses anciens amis, ne sachant pas s'il nous a vu la veille ; la mémoire des mots simples est altérée, il ne peut nommer sa casquette, qu'il appelle banquette, un crayon qu'il dénomme encrier ; il alla même un jour jusqu'à oublier son propre nom : ayant entendu prononcer le nom de son voisin, quand nous lui demandons son nom, il nous répète celui qu'il vient d'entendre.

Il se lève dans la journée, mais il ne peut retrouver seul son

lit, ni les cabinets; mais sa bonne humeur ne s'altère pas.

Le matin, nous lui demandons ce qu'il a fait la veille : il déclare avoir passé une bonne journée, avoir fait une excellente promenade avec des petits jeunes gens, en omnibus, etc.

Si on lui demande quelle était sa profession, il dit n'importe laquelle, boulanger, etc., et il s'efforce de donner des renseignements sur cette profession.

Il ne manifeste, du reste, aucune idée de grandeur.

Le 22 juin, il reste alité, l'affaiblissement musculaire est généralisé; il présente en plus des troubles de l'équilibration.

Il devient somnolent, apathique, il est difficile de le secouer de son assoupissement. Il sourit encore avec bienveillance, il ne peut plus parler et se borne à répéter les mots qu'il entend.

Le 5 juillet, il succombe à une pneumonie du sommet.

L'autopsie révéla des lésions cérébrales multiples : méningite diffuse, artérite généralisée, ramollissement de la tête, du noyau caudé; gomme de la couche optique et de la protubérance.

Dans l'hémisphère gauche, on trouve un foyer récent de ramollissement ayant détruit la tête du noyau caudé et empiétant sur le segment antérieur de la capsule interne et des foyers lacunaires dans la substance blanche.

Dans l'hémisphère droit, on trouve une gomme à la partie postérieure de la couche optique, au niveau du corps genouillé interne. Dans la protubérance à sa partie la plus inférieure, entre les fibres de la VIe et VIIe paire, se trouvent deux petites gommes. L'examen histologique est pratiqué au niveau des tumeurs, au niveau des circonvolutions orbitaires et au niveau de la première frontale ascendante et du lobule paracentral.

Nous n'insistons pas sur l'examen histologique des tumeurs et des coupes qui ont fait l'objet d'une présentation à la Société anatomique (18 décembre 1903).

Il montre la nature syphilitique des tumeurs; en plus, il montre que les tissus avoisinants, et surtout les méninges, sont infiltrées par des petites cellules rondes. Cette infiltration méningée, très intense au niveau des pédoncules cérébraux, de la protubérance, du lobe orbitaire, existe encore au niveau des circonvolutions de la convexité.

Partout, dans les méninges comme dans la substance nerveuse, il y a des lésions artérielles caractérisées par de l'endartérite, qui est souvent presque oblitérante, de la périartérite, des anévrismes miliaires. On trouve, à la périphérie, des corpuscules hyalins et des suffusions sanguines.

Les cellules à la méthode de Nissl apparaissent difformes, pigmentées, en état de chromatolyse.

Les fibres au Weigert Pal sont très diminuées de nombre, les fibres de Tucksek sont fines et moliniformes.

Pas de péri-artérite dans la substance cérébrale.

Les autres organes : foie, reins, cœur, ne présentent pas de lésions. Le sommet du poumon droit était hépatisé.

Par suite de la multiplicité des lésions, il est dificile de rapporter chacun des symptômes observés à une lésion déterminée ; il semble cependant probable que l'ophtalmoplégie doive être rapportée à une poussée de méningite au niveau de l'émergence des nerfs de la 3e paire, outre que la situation de la gomme de la protubérance entre les fibres intra-pédonculaires de la 6e et 7e paire n'explique pas cette paralysie ; une gomme aurait produit une altération destructive donnant lieu à une paralysie durable.

La démence a été produite par la diffusion des lésions parenchymateuses et interstitielles ; toutefois le début rapide de cette démence et son caractère particulier nous ont paru dignes d'être signalés.

Enfin, une dernière question se pose au sujet des rapports de la méningite diffuse et des lésions circonscrites.

Cette méningite ne présente aucun caractère spécifique, ce n'est pas de la méningite scléro-gommeuse ; avec peut-être une prédominance des lésions d'endartérite, l'épaississement fibreux des méninges, leur infiltration par les cellules rondes, ressemblent à s'y méprendre à ce qu'on rencontre dans certaines formes de paralysie générale.

Peut-on dire que cette méningite est syphilitique, qu'elle est contemporaine des lésions syphilitiques tertiaires trouvées dans l'encéphale ? ou doit-on admettre que c'est une méningite banale associée à des lésions circonscrites du cerveau ? Il semble que c'est à cette dernière hypothèse qu'il faut s'arrêter.

M. Klippel, en effet, admet ces formes associées dans la paralysie générale. Remarquons, toutefois, que notre malade ne présentait pas les symptômes cliniques de la paralysie générale.

M. Dupré admet aussi la coïncidence assez fréquente sur le même cerveau des lésions syphilitiques tertiaires

et des lésions de la paralysie générale (cas très rares, à notre avis) ; « de cette association des deux processus syphilomateux et paralytique résulte une encéphalopathie mixte où se mélangent les symptômes psychiques de la démence et les signes physiques des lésions en foyer. »

C'est dans ce groupe que doit se ranger notre cas.

DISCUSSION

M. KLIPPEL. — Nous ferons remarquer que toutes les encéphalites, mêmes diffuses, ne donnent pas lieu au syndrome paralysie générale. La lésion diffuse n'a aucun caractère de spécificité. Quant aux relations entre les gommes cérébrales et la méningite, nous croirions volontiers que la méningite est secondaire.

M. GILBERT BALLET. — Nous demanderons à combien de temps remontait la syphilis.

M. VIGOUROUX. — C'est une trouvaille d'autopsie ; d'ailleurs le diagnostic était difficile entre une gomme et un tubercule.

M. GILBERT BALLET. — Il est regrettable qu'il n'ait pas été possible de préciser la date de l'infection syphilitique; car si l'on sait bien que l'artérite est d'ordinaire une lésion précoce de la syphilis, on est moins fixé sur l'époque de l'apparition des gommes cérébrales.

M. VIGOUROUX. — Le malade était depuis six mois dans mon service, il n'a jamais présenté de stigmates de syphilis.

Un cas de neurasthénie traumatique ayant évolué à longue échéance vers le délire systématique,

par M. F. TISSOT, interne à l'asile de Villejuif.

Dans leurs manifestations psychopathiques, les traumatismes ont des actions très diverses suivant les sujets ; abstraction faite de ceux qui portent directement sur les régions cérébrale et médullaire et qui provoquent des réactions mentales assez constantes (Vibert), le traumatisme, lorsqu'il frappe des sujets prédisposés,

n'a pas une action déterminante sur la nature des troubles mentaux qui peuvent s'ensuivre, il joue le rôle d'une cause occasionnelle banale. La prédisposition morbide, souvent latente, de ces sujets, est éveillée par les causes les plus insignifiantes dont l'action est inséparable des conditions mêmes de l'existence et qu'il n'est guère possible d'éviter. « Ici, l'éclosion d'une maladie mentale n'est plus un accident, elle est plutôt l'aboutissant normal d'une forte prédisposition et comme la floraison d'un germe déposé en terrain favorable (1) ».

Il en est ainsi de la malade dont nous rapportons l'histoire : on y verra l'éclosion d'une névrose dépressive à la suite d'un accident léger, la tendance à la chronicité d'un état psychopathique et son évolution à longue échéance vers une psychose systématique.

Observation. — Femme de quarante-huit ans, internée à l'asile de Villejuif dans le service du Dr M. Briand.

Au titre héréditaire, rien à noter chez les ascendants ; mais les collatéraux paraissent entachés de tuberculose : un frère sûrement est mort tuberculeux à vingt-deux ans ; cette cause de la mort est douteuse pour trois sœurs, mortes respectivement à quatorze, quinze et vingt-sept ans.

Disons dès maintenant que la malade, qui reste actuellement l'unique échantillon de sa famille, s'est tuberculisée depuis son entrée à l'asile. Elle avait, à son avis, « une constitution forte, mais le sang trop faible » ; la suite de son histoire donne à penser que sa constitution péchait surtout par l'organisation cérébrale.

Retenons seulement qu'à trois reprises différentes elle a eu, sous l'influence de frayeur ou de contrariétés, soit un ictère, soit deux crises de colique hépatique.

En dehors de ces quelques troubles hépato-biliaires, la malade jouissait d'une santé bien suffisante pour vaquer régulièrement à ses travaux de domestique, lorsqu'en 1898 elle est victime, à Melun, d'une agression de la part d'un amant éconduit qui la frappe de deux coups de poing dans le sein, à la suite de quoi elle reste quatre mois alitée, abattue, inquiète, incapable de travailler, souffrant de douleurs vagues un peu partout ; au bout de quatre mois cet état neurasthénique

(1) Arnaud. Psychoses constitutionnelles, in Ballet. *Tr. de Path. mentale*. Paris 1903.

rétrocède spontanément et elle redevient la femme alerte, gaie, vive à la besogue qu'elle était autrefois.

Trois ans après, le 22 février 1896, nouveau traumatisme : elle reçoit dans la région lombaire gauche le brancard d'une voiture à bras qu'un maraîcher manœuvrait sans prudence ; elle pousse un cri de douleur mais ne tombe pas, et rentre seule chez elle où elle s'alite.

Dès lors commence pour la malade une ère de souffrances morales et physiques, dans la contemplation et l'obsession desquelles elle va faire tenir toute sa vie et trouver un aliment constant à leur exagération progressive.

Il s'agissait de faire constater la gravité des désordres produits afin d'en poursuivre l'auteur en justice : deux médecins successivement appelés ne constatèrent aucune lésion appréciable capable d'entraîner une longue impotence, et ne libellèrent pas leur certificat dans le sens désiré et attendu par la malade, ce dont elle leur garde une amère rancune ; car « elle ne pouvait remuer, ni respirer, ni parler, dit-elle, à cause des atroces douleurs qu'elle ressentait dans tout le côté gauche du corps et de la face, dans les reins, dans le membre inférieur, le nerf sciatique ayant été presque coupé ». Dans les quelques jours qui suivirent, se développèrent d'autres troubles : dès le soir même, selon le témoignage de la malade, elle aurait mouché et craché du sang, et cela durant plusieurs mois, elle aurait eu de l'oligo-pollakiurie avec hématurie, et même des hémorragies intestinales.

Au mois de juin 1896, c'est-à-dire plus de trois mois après l'accident, elle consulte une doctoresse qui, parait-il, reconnaît une fracture de côtes et pose un bandage contentif de diachylon ; le mois suivant, elle entre à l'hôpital de Melun, d'où elle sort bientôt « parce qu'on ne la soignait pas et qu'on avait failli l'échauder dans un bain ».

En mars 1897, elle se présente dans un service chirurgical de l'hôpital Saint-Antoine, où on lui pose six ventouses ; elle revient à Paris en mai, un nouveau médecin consulté constate que « le nerf sciatique avait été très touché », recommande le repos au lit et des frictions appropriées.

Quelques jours après elle va à l'hôpital Cochin, où un chirurgien lui laisse entendre que son cas est grave : « la rate, le rein, la vessie, le foie, le cœur même sont déplacés, elle a une tumeur dans le ventre », et qu'une opération est nécessaire ; mais des raisons d'ordre administratif l'empêchent d'y être admise.

Sous le prétexte d'une petite tache qui lui est venue presque subitement sur le corps, elle court à l'hôpital Saint-Louis, d'où on l'adresse à la Salpêtrière : elle y entre dans le service du

professeur Déjerine, puis elle en sort au bout de six mois avec le certificat d' « hystéro-neurasthénie d'origine traumatique » et va achever sa convalescence au Vésinet ; elle marchait alors courbée en deux, dit-elle, avec le secours d'un bâton, la jambe douloureuse, traînant et butant.

Un deuxième séjour à la Salpêtrière la laisse enfin assez améliorée, pour qu'elle essaie de reprendre sa vie d'autrefois, mais avec combien moins de facilité !

Depuis un an, elle avait comme voisin un homme qui est l'origine et la cause de toute une édification délirante : elle s'imagina, à tort ou à raison, que cet individu voulait conquérir ses faveurs, mais il fut éconduit et mena dès lors contre elle une guerre incessante : calomnies, insultes, coups de pied dans sa porte, connivence avec les concierges. Il fit même un trou dans le mur par lequel il l'espionnait, l'insultait, la rouait de coups de bâton.

Pour l'éviter, elle se calfeutra chez elle ; mais dès qu'elle ouvrait la porte, il arrivait, l'injuriait et la frappait. « Un jour même, prétend-elle, il se précipite sur elle, la renverse, la saisit à la gorge et l'assomme de coups, elle crie au secours pendant une heure et demie sans que vienne la concierge, ce qui est évidemment l'indice d'un complot tramé contre elle » ; c'est alors que, prise d'une grande frayeur, elle descend dans la rue, gesticulant et criant, et se fait arrêter puis interner.

A son arrivée à Villejuif, son excitation est calmée, de même que son état hallucinatoire ; mais le délire persiste, consistant en idées de persécution et préoccupations hypocondriaques. Absorbée par ses souvenirs délirants, figée dans son égotisme, elle s'étend avec complaisance sur le récit des malheurs qui la comblent, des « péripéties de sa pauvre vie, de ce complot monté contre elle avec la complicité de la police », des souffrances qu'elle endure en tous les points du corps ; car non seulement elle souffre des coups que lui a portés son imaginaire agresseur, mais cette « révolution » a réveillé sa sciatique et toutes les douleurs d'il y a sept ans. Et de fait toute pression en n'importe quelle région du corps semble être douloureuse ; sur ses mains et sa figure, parfaitement exsangues du reste, elle prétend montrer des ecchymoses ; son œil gauche, dit-elle, « est rentré, plus enfoncé que l'autre depuis l'accident du brancard ». Elle veut aller chez elle pour voir ce qu'on lui a volé, car elle est persuadée que sa séquestration est l'œuvre de jaloux. A part quelques rares bouffées d'excitation, elle est calme, affaissée, plongée dans ses préoccupations, gardant le lit, mais ne s'occupant pas.

Il s'agit de préciser le rôle et le mécanisme du trauma dans l'étiologie de la maladie mentale actuelle, dont la

durée d'incubation peut paraître un peu longue, puisqu'il ne s'est pas écoulé moins de sept années entre l'accident et l'internement. Mais dans cet intervalle et dès l'accident, il apparaît un trouble mental caractérisé : la malade, déprimée, souffrant constamment, obsédée par des préoccupations hypocondriaques, consulte de nombreux médecins, fait des séjours répétés dans les hôpitaux, assiège les dispensaires et se gorge de médicaments, cependant qu'elle essaie d'infructueuses démarches pour obtenir l'assistance judiciaire et poursuivre l'auteur involontaire de tout ce mal. En d'autres termes, il se développe un état neurasthénique hypocondriaque qui, par évolution, va donner lieu à un trouble mental caractérisé.

On retrouve ici l'évolution pathogénique des délires systématisés secondaires, telle que M. Anglade l'a étudiée dans son rapport au Congrès de Marseille, en 1899 : le délire systématisé est, en effet, le symptôme de prédilection d'une constitution psychique spéciale (la constitution paranoïenne de l'école italienne) avec, comme manifestation intermédiaire, le psychonévrose. Cet état psychique particulier est un état dégénératif léger (Tonnini), sur lequel le délire va éclore à la faveur d'une psychonévrose intervenant à titre de cause occasionnelle.

Tel semble bien être, dans notre cas, l'enchaînement des phénomènes qui se sont succédés depuis l'accident, si bien que celui-ci, loin d'avoir produit directement l'état d'aliénation, a seulement déterminé, provoqué, chez cette femme particulièrement prédisposée, l'apparition d'une névrose, restée jusqu'alors dans le sommeil et qui, une fois éveillée, n'a demandé qu'à marcher dans la voie désormais grande ouverte de la constitution mentale du sujet.

La neurasthénie est éminemment favorable au développement de l'hypocondrie ; le neurasthénique est un souffreteux, un inquiet, qui concentre volontiers son attention sur l'étude et l'analyse de ses sensations, et lorsque ces tendances évoluent sur un terrain dégénératif, on conçoit que ses pensées obsédantes trouvent un jour l'occasion de se fixer à un phénomène qui devient l'origine d'une orientation délirante.

Beaucoup d'auteurs n'admettent pas la prédisposition et refusent d'avoir recours à ce prétexte qui, disent-ils, est une échappatoire à notre ignorance des causes. Au Congrès international de médecine légale, tenu en 1889, et à l'occasion du travail de MM. Vibert et Gilles de la Tourette sur la question des « Traumatismes cérébraux et médullaires dans leurs rapports avec la médecine légale », on discuta justement le rôle de la prédisposition dans les troubles mentaux d'origine traumatique. M. Vibert ne lui accorde pas une grande valeur et pense que le facteur le plus important est le traumatisme physique ; M. Gilles de la Tourette, au contraire, se range à l'avis de Charcot qui considère l'ensemble symptomatique du « railway-brain » et du « railway-spine », non comme une névrose spéciale mais comme une association de neurasthénie et d'hystérie, se développant sur des sujets d'ailleurs prédisposés.

Mais, dans l'espèce, il s'agissait de traumatismes ayant porté directement sur les régions cérébrale et médullaire. Or, si en dehors de ces cas particuliers, il a été quelquefois abusé de cette théorie de la prédisposition comme d'une ressource facile, il semble que dans d'autres il soit bien difficile de ne pas l'admettre.

Ici, nous ne trouvons pas de tares ancestrales bien nettes, quoique les sœurs et frère de la malade soient morts en abordant l'âge adulte ; la prédisposition est donc individuelle et elle trouve sa raison suffisante dans un état de dégénérescence mentale, native ou acquise, qui se révèle de multiples façons : elle a eu, à un moment de sa vie, des troubles hystériformes et ceux-ci n'échappèrent pas à certains spécialistes qui eurent l'occasion de voir la malade ; pendant un séjour à l'hôpital de Nancy, on essaya sur elle des manœuvres hypnotiques et la suggestion à l'état de veille, sans toutefois y réussir : elle était à cette époque analgésique, anesthésique du côté droit (elle se rappelle fort bien ces termes) ; or ceci se passait en 1891, longtemps avant tout accident. Plus tard à la Salpêtrière des essais analogues furent aussi vains ; peut-être ces insuccès relèvent-ils d'une difficulté spéciale à plonger les neurasthéniques dans le sommeil hypnotique. Mais ce n'est pas tout : à deux reprises éloignées, en 1888 et en 1899,

elle fut prise de cécité subite qui dura quelques heures et disparut comme elle était venue. Actuellement les stigmates hystériques font presque complètement défaut ; seul le champ visuel est un peu retréci surtout du côté gauche, il n'y a pas de dyschromatopsie. L'état de la sensibilité est variable suivant les régions du corps : augmentée dans certaines, diminuée dans les autres ; on trouve une plaque d'hypoalgésie, de la largeur de la main, au-dessous de l'épaule droite.

De plus le seul fait de délirer en dehors d'une lésion nerveuse et de délirer à l'occasion d'une cause aussi insignifiante ne démontre-t-il pas suffisamment un état de faiblesse intellectuelle?

Tout concourt donc, dans l'histoire de cette malade, à montrer qu'elle est dans un état de moindre résistance, au mental comme au physique. Le traumatisme n'a pas créé cette disposition, il l'a trouvée ; il a révélé l'aptitude du terrain, et dans ce terrain remué, le grain endormi a germé, puis il s'est développé.

Une autre circonstance de la vie de la malade, que nous avons rapportée, met en lumière ses tares dégénératives : c'est son accident de 1893, à la suite duquel elle fait de la dépression neurasthénique. Ce premier traumatisme, malgré la bénignité de ses suites, n'en décèle pas moins la prédisposition du sujet à faire de la névrose dépressive; mais celle-ci, soit qu'endormie alors profondément, soit que non encore constituée, réagit faiblement à cette provocation, elle s'éveille, fixe un instant l'attention et rentre bientôt dans le silence. C'est plus tard que, répondant à un deuxième appel, elle se montre résolument pour s'épanouir dans une série de tableaux dont l'ultime est le délire systématique.

En plus de la prédisposition, il faut donc un ensemble de conditions secondes, une ambiance favorable, sans lesquelles toute provocation est stérile; il faut, en d'autres termes, le moment opportun, et tous ne sont pas indistinctement bons. Le coup de brancard de 1896 arrivait à cette heure choisie : c'est donc bien lui la cause de tout le mal, il vient brusquement modifier une construction psychique, peu solide sans doute, mais suffisante encore à des exigences restreintes.

Et ici se pose le problème si controversé de la respon-

sabilité civile en matière d'accident : les complications qui ne sont pas les conséquences directes et naturelles du traumatisme engagent-elles complètement la responsabilité de l'auteur? Cette question fit en 1898 l'objet d'une discussion à la Société de médecine légale, et elle fut à peu près unanimement résolue dans le sens de l'atténuation en cas de maladie antérieure pouvant entraîner les complications constatées.

Or, il est évident que bien souvent le traumatisme n'aurait pas à lui seul fait naître certaines complications si l' « accidenté » n'avait été porteur d'une affection ou d'une diathèse capable de les produire. Si un homme traumatisé est pris de délirium tremens, c'est parce que d'abord il est alcoolique, la cause nécessaire et prochaine de cet accident étant en effet l'alcoolisme chronique, déterminé et dirigé par la prédisposition névropathique. Le trauma n'intervient que comme prétexte, comme cause occasionnelle, au même titre qu'une pyrexie, une infection.

Il en est ainsi pour notre malade : ce n'est pas le traumatisme qui a spécifié la nature de la réaction mentale, mais bien l'état psychique antérieur, et cette réaction fût survenue également à l'occasion de toute autre perturbation physique ou morale. L'accident n'a pas créé cette constitution, il l'a trouvée, et parce qu'elle existait, des complications sont survenues.

Dès lors, ne semble-t-il pas juste de faire porter sa part de responsabilité à celui qui, aux risques de la vie, ajoute un appoint personnel de viabilité défectueuse?

On l'a dit : en matière d'accident, il ne peut y avoir de règle générale, il n'y a que des questions d'espèces, or l'espèce est ici relative à la victime dont l'état, au moment du traumatisme, commande l'explosion et la nature des complications.

Et cela est vrai surtout lorsqu'il s'agit de manifestations psychiques qui, plus que d'autres encore, affirment la prédisposition individuelle. Toute tare dûment constatée chez la victime, et de laquelle relèveront les suites du traumatisme, apportera donc une atténuation à la responsabilité du coupable. Cette conception juridique est dictée par une sorte de dépréciation qui pèse sur les amoindris, et dont il est impossible aujourd'hui de ne

pas tenir compte, tant ces dispositisns maladives, devenues fréquentes, commandent la forme et la gravité d'affections qui, sans elles, fussent demeurées banales et bénignes.

DISCUSSION

M. Briand. — Cette observation est féconde en déductions médico-légales. En matière d'expertises, les tribunaux n'admettent pas volontiers la prédisposition.

M. Vallon. — Cette question se pose ordinairement devant les tribunaux, et pour toutes les maladies constitutionnelles, le facteur prédisposition intervient.

M. Gilbert Ballet. — La question d'ordre juridique regarde le tribunal. La question médicale nous touche. Quelle part devons-nous faire à la prédisposition individuelle dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique? Ceci nous reporte à l'époque où, sous l'influence des idées de Charcot, le choc traumatique était la goutte d'eau faisant déborder le vase. A ce moment les tribunaux étaient imprégnés de cette manière de voir. Mais une réaction s'est produite, car dans un grand nombre d'observations de Brouardel et autres, cette prédisposition était hypothétique. On ne la retrouvait pas. Ce qui intéresse le médecin, c'est de savoir dans quelle fréquence la question de la prédisposition intervient. Pour ma part, j'estime que la prédisposition n'est pas la règle.

M. Joffroy. — Si la recherche de la prédisposition dans l'hystéro-traumatisme se heurte souvent à des difficultés insurmontables, on peut dire également que cette question, envisagée au point de vue purement médical, est rendue des plus délicates par le peu de précision, ou si l'on aime mieux, par la grande extensibilité du terme *prédisposition*.

Dans certains cas, la prédisposition est très accusée, elle s'est déjà manifestée bruyamment en maintes circonstances; alors la question est des plus simples et tout le monde sera d'accord sur la réponse à faire.

Dans d'autres cas, la prédisposition est moins nettement affirmée, les preuves paraissent moins décisives et la question est déjà moins facile à trancher.

Enfin, il est des cas où la prédisposition est encore

moindre et surtout n'aura pas encore eu l'occasion de se manifester ; le problème sera alors des plus difficiles. On pourra bien dire, en effet, dans ces cas, qu'aucun fait n'a jusqu'ici mis la prédisposition en évidence; mais on ne devra pas, on ne pourra pas dire pour cela que la prédisposition n'existe pas. La prédisposition peut en effet être latente.

Si dans un compartiment d'un wagon, huit personnes subissent le même choc et si une seule parmi elles fait de l'hystéro-traumatisme, il faut bien qu'il y ait chez elle quelque chose de particulier, et ce quelque chose, c'est la prédisposition qui a pu rester latente jusqu'à ce jour.

M. Vallon. — Ce que nous avons à considérer, c'est que nous ne donnons que des éléments d'appréciation. Nous ne jugeons point.

M. Briand. — Dans un accident de chemin de fer, sur neuf personnes qui sont dans un même compartiment, une seule fait de l'hystéro-traumatisme. On est amené à dire que cette personne est prédisposée.

M. Joffroy. — Sur le terrain médico-légal, je suis tout à fait d'accord avec M. Vallon ; les experts doivent tout simplement signaler au tribunal l'existence ou l'absence des faits témoignant d'une prédisposition plus ou moins grande. Mais je répète que si on se place au point de vue purement scientifique, on ne peut pas affirmer qu'il n'y a pas de prédisposition parce qu'on n'a pas découvert de manifestations de cette prédisposition. Car, de même qu'un danger peut exister sans que la catastrophe se produise, de même la prédisposition peut exister sans avoir jusqu'à ce jour trouvé une occasion suffisante pour se manifester. Quant à moi, je regarde l'hystéro-traumatisme comme une preuve de la déchéance antérieure du système nerveux. Aussi, je suis d'avis que, quand nous sommes interrogés en tant qu'experts, nous ne devons pas dire en pareil cas qu'il n'y a pas de prédisposition, mais tout simplement que nous n'avons pas découvert de faits témoignant de l'existence de la prédisposition. J'en reviens toujours à la même argumentation : comment pourrait-on comprendre, si la prédisposition n'existait pas, qu'une seule personne sur huit fasse de l'hystéro-traumatisme, alors que les huit

personnes se trouvaient toutes dans des conditions en apparence identiques.

M. Arnaud. — On ne peut affirmer que toutes les personnes ont eu le même choc physique, on ne peut pas plus affirmer qu'elles ont eu le même choc moral. C'est peut-être là la clé de l'explication, plutôt que d'aller la chercher dans des prédispositions héréditaires hypothétiques.

M. Joffroy. — Quand je parlais tout à l'heure de conditions identiques, je ne parlais que des conditions matérielles; car il est bien évident qu'au point de vue psychique les conditions sont fort différentes, il est bien évident que l'état émotionnel n'est pas le même chez tous ces sujets et que c'est là qu'il faut chercher la cause déterminante de l'hystéro-traumatisme.

En voici un exemple : il s'agit d'un jeune homme que j'ai examiné avec M. Ballet et qui dans une catastrophe de chemin de fer eut son patron tué à ses côtés et fut évidemment plus douloureusement frappé par ce malheur que les autres voyageurs qui ne connaissaient pas la victime. Il fut le seul à faire de l'hystéro-traumatisme.

Je citerai encore l'exemple d'un jeune homme de quatorze ans qui fit aussi de l'hystéro-traumatisme grave après avoir vu, dans des circonstances analogues, sa tante transpercée par un morceau de bois et mourir en quelques instants.

Mais il n'en va pas toujours ainsi et à ce propos je citerai le cas d'un postier ambulant que j'ai examiné avec M. Briand. Dans le wagon où il se trouvait, tous les employés furent bousculés par une forte secousse et seul il fit de l'hystéro-traumatisme. On ne put trouver ici de motifs actuels à une émotion plus intense chez lui que chez les autres; mais cela ne prouve nullement que son émotion ne fut pas plus vive que chez les autres et cela sous l'influence d'une prédisposition, prédisposition d'ailleurs latente, car aucun accident antérieur ne l'avait révélée.

Pour terminer et insister encore davantage sur les obscurités de la question, j'ajouterai que la prédisposition peut exister et ne pas se manifester. J'ai pu en effet interroger une hystérique avérée, ayant eu de-

grandes attaques, et qui au cours d'un voyage fut l'une des victimes d'une rencontre de trains. Elle en fut d'ailleurs quitte pour quelques contusions, et si elle eut la plus grande frayeur qui se traduisit par des cris aigus et la plus vive agitation, elle n'eut pas de perte de connaissance et ne fit pas d'hystéro-traumatisme.

Je dirai plus, on peut voir le même sujet, à peu près à la même date, réagir différemment sous l'influence d'un même accident. Comme exemple je citerai le cas d'un malade que j'ai soigné pour des accidents d'hystéro-traumatisme. En février il fut victime d'un déraillement de chemin de fer et s'en tira avec quelques contusions sans gravité ; il ne fit aucun accident consécutif. Un mois plus tard il fut encore victime d'un déraillement de chemin de fer, et cette fois encore il n'eut que de légères contusions et se félicitait de s'en être tiré à si bon compte, lorsque le lendemain, ou le surlendemain, apparurent les premiers symptômes de l'hystéro-traumatisme. Il était nettement prédisposé, il avait eu des frayeurs nocturnes, était scrupuleux ; son père était grand buveur et sa mère très émotive. Mais comment expliquer qu'il n'ait pas fait d'hystéro-traumatisme dans le premier déraillement qui fut aussi grave que le second, et dans lequel il y eut, comme dans le second, un certain nombre de grands blessés ?

En somme, je dirai : 1° que l'hystéro-traumatisme m'apparaît comme un stigmate de la défectuosité du système nerveux alors même qu'il survient comme la première manifestation de cette défectuosité ;

2° Que c'est l'état émotionnel du blessé, au moment et à la suite de l'accident, qui constitue le principal facteur pathogénique.

La séance est levée à 6 heures.

BLIN et DUPAIN.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1904

Présidence de MM. GILBERT BALLET et DANIEL BRUNET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Comar, Doutrebente, Giraud, Hamel, Lapointe, Marie, Thivet, Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Installation du Bureau.

M. Gilbert Ballet, avant de quitter le fauteuil de la présidence, prononce une allocution dans laquelle il rappelle succinctement les travaux de l'année 1903 et indique quelques *desiderata* pour l'avenir. Il conservera, ajoute-t-il, le souvenir le plus précieux de l'année qui vient de s'écouler; il invite enfin M. Brunet à prendre sa place, et M. Vallon, à venir au Bureau en qualité de vice-président.

M. Daniel Brunet. — Messieurs, je vous suis très reconnaissant de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de la Société médico-psychologique qui, jusqu'à présent, a toujours été occupée par ses membres les plus éminents, et je ferai tous mes efforts pour me rendre digne de votre bienveillance, sur laquelle je sais que je puis compter.

M. le professeur Gilbert Ballet, auquel je succède, s'est acquitté de ses fonctions avec une rare distinction, a imprimé à nos discussions une grande activité, a pris une part considérable à la plupart d'entre elles. A défaut de son talent, je tâcherai, du moins, de m'inspirer des idées qu'il a émises, l'année dernière, dans son discours d'inauguration à la présidence, dont la mise en pratique est de toute nécessité pour maintenir la prospérité de notre Société, pour lutter, avec succès, contre les établissements rivaux qui se sont formés non seulement en France mais aussi à l'étranger.

La Société médico-psychologique entre dans sa cin-

quante-deuxième année, et a produit, pendant cette longue période, de nombreux et importants travaux scientifiques, que notre secrétaire général, M. Ritti, a résumés avec sa netteté et sa précision habituelles à propos de son cinquantenaire. Les fondateurs de cette Société s'étaient proposé l'étude complète de l'homme intellectuel et moral, et, pour réaliser ce vaste projet, ils avaient cru pouvoir unir les ressources de la science à celles de la métaphysique; mais ils ne tardèrent pas à s'apercevoir que ces deux systèmes étaient trop dissemblables par leurs idées et leurs méthodes pour pouvoir se combiner, se prêter un mutuel appui. Les philosophes métaphysiciens se retirèrent, laissant la Société aux seuls médecins qui se livrèrent presque uniquement à l'étude de l'aliénation mentale, en ayant recours surtout à l'observation clinique. Ils l'ont scrutée sous tous ses aspects, et il est bien difficile d'ajouter aujourd'hui quelque chose de nouveau à leurs recherches. L'anatomie macroscopique et microscopique a été un peu négligée, à part quelques détails complémentaires sur la paralysie générale que Bayle et Calmeil avaient portée du premier coup à un si haut degré de perfection, et c'est de ce côté que doivent surtout se diriger nos efforts si l'on veut obtenir des résultats importants.

La Société a toujours eu pour but l'étude des troubles morbides que présentent l'intelligence, les sentiments, la faculté d'expression, les facultés sensorielles, afin de pouvoir apprécier le degré de raison, de liberté morale que présentent les individus soumis à notre examen.

L'encéphale forme un vaste appareil composé d'organes distincts quoique étroitement unis entre eux; les organes sensoriels, l'organe de la parole sont, jusqu'à présent, les seuls bien connus, bien localisés. Ils résident tous dans l'écorce du cerveau, dans le cortex, comme Parchappe le premier, en 1856, l'a démontré. Cette localisation qui a été un peu lente à se vulgariser est admise aujourd'hui, partout, sans aucune contestation. Le cortex, à l'état normal comme à l'état pathologique, doit être le but de tous les travaux de la Société; ils sont suffisants pour occuper toute son activité sans dépasser ses efforts, à condition de ne s'occuper que de recherches purement scientifiques et de ne choisir,

parmi elles, que celles qui sont réellement dignes d'intérêt. L'état pathologique doit toujours s'appuyer sur l'état normal ; on ne peut étudier les altérations de la texture du cortex si on ne connaît pas bien sa constitution, de même que les maladies mentales resteront toujours incomplètement connues tant que la physiologie cérébrale ne sera pas plus avancée qu'elle ne l'est maintenant.

M. Ballet (1) s'est demandé si la Société ne pourrait pas borner ses travaux à une partie du cortex au lieu de l'étudier dans toute son étendue. Je ne crois pas qu'une telle scission soit possible ; le cortex forme un tout harmonique dont les parties sont entièrement solidaires aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique, et son étude partielle ne pourrait aboutir à des résultats favorables. Une lésion quelconque du cortex détermine toujours un trouble de l'intelligence en rapport avec son étendue, et il nous importe de pouvoir apprécier tous les désordres intellectuels, de quelque nature qu'ils soient.

On se déconsidère d'ailleurs en se spécialisant trop et les aliénistes augmenteront leur considération en ne laissant pas trop restreindre le cercle de leurs études.

Les neurologistes se sont emparés d'une partie du domaine du cortex, de ses lésions les mieux connues, de celles produites par des hémorragies, des ramollissements, des scléroses, etc., etc. Nous pouvons mettre à profit leurs études sans les négliger nous-mêmes.

On pourrait donner le nom de psychologie scientifique à l'étude entière du cortex, pour la distinguer de la psychologie expérimentale, qui ne s'occupe pas des recherches des neurologistes.

Cette psychologie scientifique présente les plus grandes difficultés en raison de la complexité si grande des phénomènes qu'elle embrasse et encore si peu connus. Aussi la méthode d'observation la plus rigoureuse doit-elle être appliquée. Il faut toujours être prêt à s'incliner devant les résultats des expériences et ne tenir à ses idées qu'autant qu'elles concordent avec les

---

(1) *Traité des maladies mentales.*

faits. Bossuet voulait mettre en tête d'un de ses ouvrages la belle maxime suivante, qu'on ne doit jamais oublier : « Le plus grand dérèglement de l'esprit est de croire les choses parce qu'on veut qu'elles soient. » Si, en effet, on a été séduit par une théorie, on la confond avec la vérité, et oubliant combien l'esprit de l'homme erre facilement, on prend l'intensité de sa conviction pour une preuve irréfutable.

M. Charpentier, professeur de la Faculté de Médecine de Nancy, vient de faire une grande découverte, qui pourrait bien hâter la détermination des organes cérébraux, sur laquelle on s'entend encore si peu, et hâter leur localisation, si elle tient ce qu'elle paraît promettre.

D'après ce professeur, il émanerait des rayons N de notre corps et de celui des animaux, qui ne sont pas perceptibles par notre rétine, mais qui sont décelés par les corps phosphorescents dont ils augmentent la phosphorescence. Ces rayons seraient émis surtout par le système nerveux et le système musculaire lorsqu'ils sont en action. Si l'on approche un morceau de sulfure de calcium à 4 ou 5 centimètres de la région cardiaque, du biceps au moment où il se contracte, des nerfs de la partie postérieure du cou lorsqu'on élève les deux bras, la phosphorescence de ce sulfure augmente immédiate, ment. Ces résultats ont été vérifiés par M. d'Arsonval, professeur au Collège de France, dont l'habileté expérimentale est incontestée.

On aurait pu localiser l'organe de la parole avec ces rayons N, en approchant du côté gauche du crâne, où réside cet organe, du sulfure de calcium.

L'avenir décidera seul de l'importance de la découverte de M. Charpentier, sur laquelle il serait prématuré de faire des prévisions.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Blin, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Pron qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de M. Afranio Peixoto, médecin en chef de l'hospice national des aliénés de Rio-de-Janeiro (Brésil), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Christian et Dupain, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Meens, médecin de la colonie de Gheel, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Brunet, Vallon et Boissier, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Téodor Nerander, professeur de psychiatrie à l'Université de Lund (Suède), annonçant la mort de deux membres associés étrangers : MM. Berliny, médecin à Malmö, et Bjolstrom, professeur de psychiatrie à l'Université de Stockholm.

La correspondance imprimée comprend :

1° La *Revue de l'Hypnotisme*, numéro de janvier ;
2° Le journal *La Tempérance*, numéro de janvier.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1904.
Nomination de la Commission du Prix Esquirol.

Prix Aubanel. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée sur des observations personnelles.* — Pas de mémoire.

Prix Esquirol. — Quatre mémoires ont été envoyés :

1° Contribution à l'étude de l'évolution clinique et anatomo-pathologique des traumatismes du crâne guéris chirurgicalement. Epigraphe : « *Fac et spera* ».

2° Des rapports du paludisme et de l'aliénation mentale. Epigraphe : « Jeunes gens, vivez dans la paix des laboratoires et des bibliothèques. » (Louis Pasteur.)

3° Contribution à l'étude des névroses et des délires paroxystiques. Sans épigraphe.

4° Les incendiaires, par le Dr Gimbal, Pierre, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne).

Commission du prix Esquirol : MM. Briand, Klippel, Pactet, Semelaigne, Vigouroux.

Rapport de la commission des finances.

M. R. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de notre Société, au 31 décembre 1902, était de Fr. 2.711 44
Nos recettes, en 1903, ont été de . . 2.930 35

Total.	5.641 79
Les dépenses se sont élevées à . . .	2.339 95
Reste donc un excédent de	3.301 84

Cet excédent se décompose de la manière suivante entre les différents comptes :

Société médico-psychologique. . Fr.	590 24
Prix Aubanel.	1.511 60
Prix Belhomme	1.000 »
Prix Moreau (de Tours).	200 »
Total égal	3.301 84

Votre commission, Messieurs, n'a que des éloges à adresser à notre trésorier, elle vous propose de ratifier ses comptes et de lui voter des remerciements.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Deux cas de délire de médiumnité,

par MM. P. SOLLIER et F. BOISSIER.

Il nous a paru intéressant d'ajouter aux observations communiquées au mois de mai par MM. G. Ballet, Dheur et Monnier-Vinard, celles qui font l'objet de la présente étude. S'il est difficile de revenir sur la physiologie souvent abordée ailleurs du spiritisme, il est du moins utile d'en compléter la pathologie et d'en signaler les dangers. Le cadre pathologique des phénomènes spirites comprend déjà tous les degrés de la névrose, depuis le plus léger somnambulisme jusqu'aux manifestations de la plus grande hystérie ; il faut en étendre les limites jusqu'aux domaines de la vésanie. Les accidents de névrose grave développés chez des sujets anté-

rieurement sains par des pratiques spirites sont connus et fréquents, on en a publié beaucoup d'exemples ; il est salutaire de faire connaître aussi les troubles mentaux délirants que peuvent engendrer les séances d'évocation, véritables manœuvres de dressage et d'entraînement méthodique au dédoublement de la personnalité et à l'automatisme, pouvant conduire très rapidement un sujet prédisposé à la désagrégation mentale la plus profonde et la plus délirante. Il n'y a cependant, dans la plupart des cas, entre un médium ordinaire et un délirant médianimique, aucune autre différence que l'influence continue des conceptions erronées sur la vie sociale de ce dernier et sa tendance à obéir à ses hallucinations jusqu'à commettre des actes extravagants ou dangereux.

Un sujet prédisposé à la vésanie, qu'une vie simplement calme ou bien dirigée aurait maintenu indemne ou dans un état relativement équilibré, sera entraîné dans l'aliénation avec une extrême facilité par l'essai, même peu prolongé, du spiritisme actif. Une seule séance suffit à mettre sur la voie du délire le malade de MM. Ballet et Dheur ; notre première malade n'avait même pas reçu d'initiation étrangère directe quand elle fit seule les premiers essais qui furent le point de départ d'une longue maladie mentale.

OBSERVATION I. — *Nature distraite et rêveuse. Communications avec des esprits par médiumnité auditive, typtologique, graphomotrice. Messages, révélations, dessins, mission apostolique. Système théologique. Communication avec des personnages divins. Adoption d'esprits téléologiques. Mysticisme et érotisme avec théomanie raisonnante.*

Mme C... S..., trente-six ans, a toujours été nerveuse et surtout très distraite et très rêveuse. Son père était névropathe, elle l'a peu connu. Elle sympathisait peu avec le caractère sec et positif de sa mère et de son entourage en général, au sein duquel elle se croyait incomprise et auquel elle crut échapper en se laissant marier. Elle ne crut pas trouver non plus chez son mari l'écho de sa sentimentalité exagérée et de sa recherche d'un idéal philantropique et religieux, très ardent, quoique vague encore, car elle ne connaissait rien de la religion, son éducation ayant été très peu poussée dans cette direction. Elle avait quelquefois entendu parler de spiritisme par un de ses

oncles qui s'en occupait activement ; cela l'avait intéressée, mais elle n'avait jamais assisté à aucune séance et à la mort de ce parent, avait bientôt écarté ce sujet du cours habituel de ses pensées.

Se croyant très malheureuse avec son mari qu'elle trouvait trop terre à terre et trop grossier, elle se réfugiait de plus en plus dans ses rêves et commençait à entendre une voix très douce, mais très distincte, qui parlait dans sa poitrine, pour la consoler, l'encourager, et lui promettre des compensations futures à ses malheurs présents. Elle écoutait la voix avec complaisance, la provoquait même par des efforts de concentration mentale, tout en se demandant à qui elle appartenait, et supposant bien que ce devait être celle de quelque personne défunte qui s'intéressait à elle.

Très désireuse d'amour, de tendresse et de caresses, tourmentée par des exigences génésiques très actives, elle trouvait aussi son mari très froid ; et quand M. S..., déprimé par un travail excessif, dut se condamner à une continence absolue, C... en éprouva un violent malaise. Néanmoins elle entoura son mari de soins assidus, excessifs même, quand celui-ci fut envoyé en Suisse pour traiter sa neurasthénie. Elle savait alors que « sa voix » était celle d'un esprit ; quelque temps auparavant, en effet, elle avait connu, à Royat, une dame qui faisait tourner des tables. C... avait eu la fantaisie d'essayer toute seule : son guéridon avait sous sa main épelé le nom de son père ; elle était restée convaincue qu'elle causait avec un désincarné qui la protégeait, mais elle ne savait toujours pas avec lequel elle s'entretenait ainsi. Fatiguée à son tour par les soins qu'elle donnait à M. S..., elle dut s'aliter et confia à ce dernier le secret de l'existence de sa voix, qu'elle n'avait encore révélé à personne. Celui-ci affermit sa conviction qu'elle était bien en communication avec un esprit. Un soir elle se dressa sur son lit, fit agenouiller son mari devant elle et lui dit qu'elle sentait que l'esprit allait parler ; il parla, en effet, par sa bouche, sans qu'elle sût d'avance ce qu'il allait dire, accablant le pauvre homme de reproches qui résumaient en somme tout ce que C... ruminait en elle-même depuis longtemps contre lui. M. S... n'hésita pas ; plusieurs détails lui firent reconnaître dans cette voix celle de sa mère à lui, que la malade avait peu connue, mais dont elle avait gardé une grande impression. Elle était enfin fixée sur l'identité de son protecteur désincarné. L'esprit de sa belle-mère demeura longtemps son guide téléologique. Elle était déjà médium auditif, parlant et typteur, facultés que son mari mettait couramment à contribution pour évoquer sa mère et la consulter au besoin. Mais ces pratiques amenèrent C... à un éréthisme nerveux extrême, avec insomnie, céphalée,

tachycardie, rêvasseries. Une nuit, elle eut une vision qui fit date dans son histoire. Une grande lueur illumina sa chevelure et Dieu lui apparut nettement entouré de personnages qui semblaient réunis en un conseil céleste. Dieu lui parla amicalement. Il prit pour elle seule le nom de *Rarahu*, lui promit son aide et son amour et lui donna l'ordre de continuer à répandre la charité et la bonté.

Depuis longtemps, en effet, C... pensait à la possibilité de fonder une religion basée sur la bonté seule comme principe fondamental; elle résumait ainsi le fond de ses rêveries religieuses et philantropiques, étant de plus en plus préoccupée de métaphysique et d'idéal. La voix de la belle-mère encourageait d'ailleurs cette tendance. Le délire se caractérisa après cette apparition, il fallut des soins attentifs. Une amélioration sensible se produisit. On ramena à Paris la malade convalescente; elle demanda à entrer au sanatorium de Boulogne, où elle arriva le 1er juillet 1901. Elle n'y parla de rien de tout ce qui précède, n'avoua jamais qu'elle eût éprouvé aucun phénomène hallucinatoire, s'entretint en cachette avec son esprit guide, sans jamais se trahir, malgré nos investigations répétées. C... causait beaucoup philosophie et littérature, lisait beaucoup, parlait de son intention de remplacer les religions connues par la religion de la bonté, rédigeait un recueil de ses pensées, aphorismes brefs et ciselés sur l'amour et le cœur humain en général; tout cela sans exaltation, simplement, avec l'enthousiasme d'une femme ayant une très haute opinion d'elle-même. L'isolement et le repos firent bientôt disparaître les derniers vestiges de l'épuisement nerveux dont elle avait souffert. M. S... qu'elle avait pris en grippe, rentra en grâces auprès d'elle et l'emmena achever sa convalescence dans le midi à la fin d'août 1901.

Pendant cette villégiature, malheureusement, le ménage recommença à causer de spiritisme; le mari voulut avoir des nouvelles de sa défunte mère. C... se sentit irrésistiblement poussée à interroger son guéridon, qui lui transmit des avis non seulement de sa belle-mère et de son oncle, l'ancien spirite, mais encore de personnages actuellement vivants. Le tsar Nicolas II vint lui-même dans le pied de la table encourager et approuver ses projets de propagande, de charité et de pacification universelle. Il n'en fallait pas tant pour remettre en branle tout l'automatisme psychique déjà si actif de la malade. Le travail subliminal s'exaspéra et le délire revint intense, avec une excitation génésique violente et une exaltation extrême. Ce n'étaient plus seulement des esprits d'hommes qui lui parlaient, c'était encore Jésus et Dieu lui-même. Dieu qui lui était apparu en Suisse, reprenait le nom de Rarahu, puis en

changeait encore et sous celui de *Deus*, il l'inspirait de diverses manières, lui parlant dans la tête ou dans la poitrine, en hallucinations psychomotrices, ou par la table ou encore par messages écrits, psychographiques, mécaniques et semi-mécaniques. Il lui révéla ainsi tout un système théologique. Les souvenirs de ses états automatiques antérieurs lui revenant avec exactitude, elle retrouvait dans ces révélations les noms des personnages qui accompagnaient Dieu dans son unique apparition en Suisse. Elle apprit qu'il y a un Dieu pour chaque système solaire, que Saturne préside à notre système, que celui de Céphée est régi par Deus lui-même, le Dieu des Dieux, le plus noble, le plus grand et le plus puissant. C'est lui qui la dirigera désormais, qui l'aimera et qui la protégera. C'est lui qui lui ordonne de se consacrer à la mission de répandre la religion de la bonté. On l'appellera du nom de C... la *religion kamienne*. Deus l'écrit par un K, lettre plus noble que le C de Cam. La belle-sœur de la malade vient la soigner; cette dernière prétendit avoir vu par *clairvoyance télépathique* une lettre écrite par cette parente, dans laquelle elle était blâmée, et elle refusa ses soins. Néanmoins, le délire devenait inquiétant, en raison de l'exaltation qui l'accompagnait, et des impulsions génitales qui poussaient la patiente à l'onanisme. Il fallut des soins assidus, l'alitement, la cessation des pratiques d'évocation. Le mari d'ailleurs, de nouveau pris en grippe, partit et peu à peu l'état s'améliora assez pour permettre la rentrée à Paris et une seconde admission au sanatorium.

Le malade rentra en traitement le 30 octobre 1901. La malade était en plein malaise nerveux : céphalées, douleurs erratiques dans les membres, palpitations, insomnies, fourmillements, troubles de la sensibilité cutanée diminuée par plaques irrégulières, troubles de la cœnesthésie et du sens stéréognostique, irritatibilité, angoisse, crises de larmes, éréthisme génital douloureux, troubles vaso-moteurs, bouffées de chaleur, crises de diarrhée ramenées par les moindres contrariétés. Tout ce cortège disparaissait et revenait par intervalles, selon que la malade était consolée ou contrariée.

Avec cela elle était amaigrie; bien que le délire fût à son déclin, il était encore assez actif et l'automatisme était en pleine marche. Elle avait l'air inspiré et austère, prenait des attitudes hiératiques, un ton prédicant et grave. Elle mettait autant d'insistance à faire connaître ses communications avec « l'au-delà », qu'elle avait mis d'assiduité à les cacher pendant son premier séjour. Ses diverses spécialités médianimiques s'étaient accrues en nombre et en complication. Elle avait gardé par dessus tout son ancien pouvoir typtologique, le besoin de recourir à la table était toujours impérieux, malgré la facilité

des entretiens auditifs avec les esprits ; mais comme nous nous opposions aux appels par le guéridon, la typtologie se fit d'abord par le crayon frappant les lettres sur un livre ou sur le lit : nous l'empêchâmes. Ce fut alors le doigt seul qui frappa ; enfin la typtologie devint intérieure et purement mentale. Les lettres étaient frappées dans la tête en pensée. Cette typtologie mentale devint un des principaux moyens de communication avec les esprits et particulièrement avec Deus, le plus assidu.

Mais le crayon restait à la portée de la malade, il attirait sa main et l'entraînait sur le papier. Cam... devint alors médium dessinateur mécanique. Elle exécuta les yeux fermés des dessins très nombreux. L'un représentait Deus, son amant divin, indiqué symboliquement par un vague profil humain perdu au milieu de lignes sinueuses partant toutes d'un même point. D'autres dessins représentaient d'autres divinités ou des constellations encore inconnues des hommes. Chaque dessin était suivi d'un message en écriture automatique donnant l'explication du graphique, dont sans cela le symbolisme très fruste serait demeuré très obscur. C'était, en effet, toujours une combinaison de lignes droites et courbes, avec addition de points mystérieux dont quelques-uns figuraient grossièrement les traits d'un visage.

D'autres messages écrits constituaient des révélations sur les divinités, sur les planètes, sur les constellations, sur des solutions scientifiques encore inconnues, sur la construction de télescopes nouveaux, sur des moyens encore ignorés de guérir les maladies, sur le Kamianisme et les moyens de mener à bien cette forme d'apostolat. Dans toutes ces révélations écrites, Deus se montrait prodigue de louanges pour Cam... et lui adressait les propos les plus affectueux et les plus tendres. M. S..., qui dans le midi avait été souvent le témoin de la réception de ces messages, y avait ajouté une foi aveugle et restait dans l'admiration.

Il ne voyait pas sa femme au début de ce second traitement, mais on eut une certaine peine à le détromper sur la valeur de ces communications et sur leur nature.

La sensibilité générale entrant aussi en jeu, Cam... avait des relations « matérialisées » avec les esprits. Elle sentait la main de Deus passer sur sa joue, elle sentait ses lèvres s'appuyer sur ses mains et sur sa bouche. Plus spécialement encore elle éprouvait des sensations voluptueuses annoncées par la voix de l'esprit. « Tu vas connaître, lui disait Deus en hallucination psycho-motrice, tu vas connaître la caresse divine » ; et Cam... ressentait une impression intense de caresse intime, une sensation qui partant de son sexe remontait vers sa gorge et allait jusqu'au spasme vénérien complet.

Dans les périodes paroxystiques, elle était obsédée par tous les moyens de communication avec les esprits et par tous les esprits, depuis Nicolas II et la belle-mère jusqu'à des dieux inconnus aux voix dures et stridentes. Quand l'amélioration survenait, ces voix diverses rentraient peu à peu dans le silence. Les esprits familiers persistaient seuls; enfin Deus restait le dernier. Quand la convalescence s'accentua, il resta l'unique interlocuteur habituel; encore fallait-il parfois l'évoquer en se recueillant. Toutes les voix étaient intérieures, psychomotrices et psychiques. Pendant la convalescence qui dura de longs mois, Cam... demeura une mystique s'entretenant avec son Dieu par les procédés du spiritisme classique. Elle se livrait aussi à des prières ardentes et interminables, sortes d'extases pendant lesquelles elles eut parfois la sensation de lévitation. Elle avait déjà eu en Suisse, lors de sa vision et depuis à chaque paroxysme, l'impression de quitter la vie et la terre, sans perte de connaissance, avec une sensation d'agonie très douce et d'enlèvement dans l'espace avec annulation du sentiment de son corps. Cette sensation s'accompagnait d'appels affectueux de Deus qui la désirait en paradis, mais qui finissait par lui rappeler que sa mission la réclamait ici bas, et elle se reprenait avec regret à la réalité de la vie terrestre.

Pendant ses mois de convalescence, elle cousait, lisait, sortait, reprenait sa vie sociale, revoyait son mari avec plaisir, tout en roulant dans sa pensée mille rêves amoureux dont les personnages étaient parfaitement déterminés dans le monde des vivants en sus de ses amours divines.

Elle continuait à recevoir des communications diverses de son guide téléologique, en typtologie mentale ou en auditions dont le langage automatique prenait parfois la forme du style télégraphique et plus souvent encore une forme rythmique et rimée par assonnances, qui finit par devenir une versification assez correcte et très abondante. Le vers arrivait avec une aisance complète, rimant automatiquement. Cam... intercalait des vers dans tous ses propos et composait avec une ardeur irrésistible des poèmes sans nombre. Quelques-uns donnaient une idée très nette de son état de dédoublement et s'intitulaient « la Prière » ou « la Voix », rendant très fidèlement l'impression de ses hallucinations et de ses extases.

L'amélioration progressa régulièrement, mais lentement et par oscillations, par le fait d'une lutte incessante contre les hallucinations; lutte d'autant plus difficile à maintenir que Cam..., dès que ses esprits se taisaient, regrettait amèrement leur silence et parfois les évoquait en cachette pour voir s'ils étaient toujours à sa portée. Elle était, disait-elle, attirée vers son guéridon « comme si c'eût été une morphine ». Néanmoins,

la guérison arriva. La malade est actuellement très pieuse, très occupée de questions humanitaires, elle continue à faire des vers sans trêve; mais elle remplit sans aucune défaillance ses devoirs de mère, d'épouse et de femme du monde, et elle n'est plus hallucinée. Son mari, enfin éclairé, et son entourage l'écartent avec une attention soutenue de toute pratique spirite.

Observation II. — *Initiation spontanée sans culture spirite. Audition d'esprits. Migration de l'esprit désincarné du sujet. Auditions de voix divines. Visions d'âmes désincarnées. Visions mystiques. Obéissance aux injonctions des esprits. Dégénération en délire mystique. Tentative de suicide.*

Henri B..., vingt-cinq ans, marié, étudiant en médecine, est né d'un père extrêmement intelligent mais nerveux, et d'une mère dont plusieurs proches parents sont internés dans des asiles d'aliénés; il a une sœur obsédée et grande phobique. Lui-même a été agoraphobe à un degré excessif depuis l'âge de dix-sept ans. En mars 1903, il contracte la diphtérie avec paralysie consécutive, à la suite de laquelle s'accentuent certaines bizarreries de caractère qu'il avait antérieurement manifestées et auxquelles viennent s'ajouter quelques manifestations délirantes. Il avait eu, en effet, quelque temps avant beaucoup d'excitation génésique et avait couru les femmes avec excès; il avait essayé deux ou trois fois de faire tourner des tables et avait réussi; mais il n'avait pas persisté. Il avait essayé aussi de faire avec ses sœurs de la transmission de pensées; mais une violente crise de nerfs ainsi provoquée chez l'une d'elles arrêta ces expériences. Depuis sa diphtérie, il devenait rêveur et absorbé, antérieurement matérialiste et simplement curieux de théories occultistes, il devenait craintif en matière religieuse, préoccupé des mystères de la survivance de l'âme et de l'amélioration du sort de l'humanité sur la terre. Il négligeait ses études en médecine, composait des romances dont il faisait même la musique, se laissait hanter par la manie de faire des vers, buvait de l'absinthe et vivait au café où il causait avec un cénacle d'amis uniquement de questions d'occultisme et de sociologie fantaisiste. Un étrange malaise le prenait, il se sentait changer, il signait ses vers d'un pseudonyme, négligeait sa femme et en général sa famille, passait des nuits entières dehors, recherchait des raffinements d'érotisme physique avec une maîtresse qui prenait sur lui un empire étrange, il aurait même poussé les aberrations sexuelles jusqu'à la pédérastie, et menait une existence absolument irrégulière au milieu de la-

quelle il se demandait parfois s'il était bien lui-même, s'il n'y avait pas en lui une modification inexpliquée de son moi.

Il était parfois pris de remords et de scrupules dans lesquels il accusait un autre lui-même de toutes ses fautes ; cet autre lui-même lui semblait répondre au pseudonyme D..., dont il signait ses romances. A cette époque, il commençait à entendre une première voix. Il la reconnut aussitôt, c'était celle de son ami Albert D... Cela ne le surprit pas, les quelques essais de spiritisme qu'il avait faits lui indiquaient que c'était l'esprit d'Albert D... qui se désincarnait pour lui parler. Il l'entendait nettement dans sa tête sous la forme d'hallucination psycho-motrice. Il pouvait l'évoquer quand la voix ne se manifestait pas spontanément. Bientôt après, il eût une seconde voix, celle de son autre ami L... Tous deux lui donnaient des conseils dans toutes les circonstances de sa vie journalière, lui répétant surtout les reproches qu'il s'adressait à lui-même depuis quelque temps et l'engageaient à expier ses fautes par des pratiques moitié religieuses, moitié occultes. Il les consulte sans cesse et leur obéit de son mieux.

Il exécute un jour une longue marche sous les ordres de ses voix téléologiques et conduit par elles, il pénètre dans un temple maçonnique d'où on l'expulse, va dans la banlieue, visite un jardin maraîcher et rentre chez lui. Il s'aperçoit alors que sa promenade figure un vaste triangle et voit dans ce fait un symbole dont il cherche la signification.

Ses esprits familiers lui conseillent de se débarrasser de son corps souillé et de purifier son âme : « Vide ta sale guenille », lui disent-ils sans cesse. De fait, il sent parfois que son âme déserte son corps et plane dans l'espace pendant la nuit. Cette sensation lui paraît une fois si étrange qu'il se sent perdu. Il demande à un de ses esprits où est son âme ; il lui est répondu qu'elle est pour le moment dans un cadavre de l'hôpital Laënnec. Parfois il sent son propre esprit hors de son corps, suspendu au-dessus de lui dans l'espace ; quand il rentre dans son corps il en éprouve une douleur à la tête.

Aux esprits qu'il écoute se joint celui de son père, mort depuis des années ; bientôt il entend aussi la voix de Jésus, et enfin de loin en loin celle de Dieu. Tous lui ordonnent de se purifier et de rechercher l'expiation de ses fautes. Il maudit D..., son pseudonyme, et maudit « sa guenille », son corps, qu'il prend en haine. Il est convaincu qu'une nuit l'esprit d'Albert D... a éteint puis rallumé sa veilleuse. Une autre nuit il voit s'envoler une tête de chérubin fixée à un crucifix. Il se jette dans une dévotion outrée, se fait accompagner par sa femme dans une église où il se confesse. Pendant cette confession il a une vision du pape, puis il voit une étincelle entrer

dans son front. Il hésite un moment à ajouter foi à ces phénomènes délirants; il en saisit la nature morbide et demande à être soigné au sanatorium, où il arrive avide de se débarrasser des sensations étranges qui l'angoissent au plus haut point. Il s'améliore d'abord très rapidement, mais sans cesser de prier et de se livrer à des actes de piété exagérée. Au bout de quelque temps, il redevient distrait et absorbé, il évoque de nouveau ses esprits qui plus que jamais lui ordonnent la contrition et l'expiation. Il voit une nuit l'esprit de son père sous la forme d'une traînée lumineuse qui occupe le milieu de sa chambre.

Il fuit la société des autres malades qu'il recherchait jusque là et qu'il amusait de ses propos enjoués. Il voit des symboles dans toutes les paroles de ceux-ci. Il écoute ses esprits près de la fenêtre de sa chambre. Il voit un jour Jésus-Christ dans un nuage lumineux en dehors de la fenêtre et veut aller le rejoindre; on a de la peine à le retenir, il cède pourtant. Il est bien le matin, mais dans la journée il n'est plus lui-même : son esprit se désincarne, son corps devient l'habitat de D..., son pseudonyme qu'il méprise; il ne pense plus et ne parle plus par lui-même, son cerveau est le reflecteur de la pensée d'un autre, il est une machine à parler au service de D..., et il sent son propre esprit flotter au-dessus de lui. Il sent aussi son corps changer de forme et de volume; ses membres quand il s'étire s'allongent comme du caoutchouc.

Ses hallucinations psychomotrices deviennent plus impérieuses, son père lui parle. Dieu le blâme et lui ordonne d'avoir recours à des macérations et mortifications contre son corps. On l'empêche de boire son urine et de manger ses excréments sous les ordres de ses guides purificateurs; dans la même matinée, il tente de se suicider en voulant se précipiter dans un escalier. Il est aussitôt transféré dans une maison d'aliénés, où son délire est devenu extrêmement violent et brutal, perdant rapidement le caractère médianimique tout en restant théomaniaque.

Remarques et conclusions. — En rapprochant ces deux cas de ceux de MM. Ballet, Dheur et Monnier-Vinard, on peut envisager les rapports du spiritisme avec la vésanie sous différents points de vue. D'abord on peut chercher les divers aspects revêtus par le délire de médiumnité ou par le délire chez les médiums. Cette première question pourrait se résoudre par les trois solutions suivantes au point de vue clinique :

1° Le délire est dès le début de la maladie à forme médianimique, il garde cette forme jusqu'au bout,

accompagnant toute l'évolution de la maladie et finissant avec elle. Tel est le cas du malade de MM. Ballet et Dheur et celui de notre première malade;

2° Le délire médianimique n'occupe qu'une période de la maladie, il en marque par exemple le début. Il peut alors caractériser un état transitoire entre une névropathie ancienne évoluant vers la vésanie et cette vésanie confirmée, celle-ci changeant ultérieurement d'aspect. Il serait alors simplement un épisode au cours d'un état mental grave. Ce serait le cas de notre second malade;

3° Enfin, un délire vésanique peut survenir au cours d'une médiumnité ordinaire, que ce délire conserve ou non des relations de forme avec l'état mental médianimique. Cette vésanie serait à son tour un épisode dans l'évolution de certaines médiumnités, et pourrait être le mode de terminaison naturelle de quelques-unes. Tel serait le cas de plusieurs médiums célèbres et du malade de MM. Ballet et Monnier-Vinard.

Au point de vue spirite, nos malades, et surtout la première, ont présenté presque toutes les spécialités médiumniques, et notamment la plupart des formes du langage automatique utilisé dans les séances d'évocation rituelle. Tous deux, mais la première surtout, ont eu une grande tendance au langage rythmique et surtout à la versification si commune parmi les spirites, voyants et devins. L'esprit familier ou plutôt l'ange gardien et prophétique de Mlle Couédon, ne s'exprimait pas autrement; ainsi firent ses prédécesseurs les oracles des sybilles antiques, comme le firent aussi les oracles auxquels Rabelais adresse Panurge dans ses indécisions matrimoniales. Les prophéties en vers semblent indiquer que de tout temps le rythme a été un des aspects naturels du langage automatique. Le mot *vates* ne signifiait-il pas en même temps devin et poète?

Nous n'insisterons pas sur les faits de mémoire relevés chez nos sujets qui, pendant les périodes d'amélioration, se rappelaient mal les détails de leur délire, et qui au contraire en évoquaient exactement les moindres détails à chaque période paroxystique. Nous avons aussi été témoins des acquisitions faites par la mémoire de nos sujets pendant des intervalles de psychasthénie, favo-

risant le passage de ces acquisitions dans le domaine subliminal avec le minimum d'impression de la mémoire consciente ; et nous avons vu plus tard ces acquisitions anciennes méconnues par le sujet, en tant que souvenirs édifiés en prétendues révélations supranormales.

Après un stade de médiumnité pure à forme ordinaire mais spontanée, nos deux malades ont abouti au délire mystique. La première malade, dans cet état mental particulier, a conservé à ses phénomènes hallucinatoires la forme spirite.

En tant que mystiques, nos deux malades ont été complets; la première surtout, réunissant la théomanie, l'érotisme et l'apostolat. La plupart des spirites ordinaires revêtent d'ailleurs plus ou moins plusieurs de ces caractères : le mysticisme, la théomanie et l'apostolat.

Notre premier cas est en tout point à rapprocher du cas de Swedenborg. Ce grand théosophe a commencé lui aussi par des rêveries métaphysiques et par des hallucinations psychomotrices qui lui permettaient de s'entretenir avec des personnages défunts, puis avec Dieu lui-même. Comme lui, Cam... a eu une seule vision qui a daté dans son délire.

Il y a tout lieu de croire que si le spiritisme classique avait été connu de Swedenborg, il eut revêtu ses premières hallucinations de toutes les formes médianimiques. Il serait oiseux d'insister sur ce point, tout ayant été dit et pensé à ce sujet dans le livre si suggestif et si complet de M. Ballet sur Swedenborg (1). La place de semblables malades dans la pathologie mentale y est nettement assignée et caractérisée par la « théomanie raisonnante ». L'opinion qui les assimile aux démonomanes est juste, mais elle est incomplète. Ils sont plus que des démonomanes; car ils ne souffrent pas de leurs hallucinations, ils les recherchent au contraire et s'en félicitent.

Ils ont de plus aussi pour la plupart une mission réformatrice à accomplir, que n'ont pas les simples démonomanes. Parmi ceux-ci d'ailleurs il y a des persécutés, des mélancoliques et des obsédés qui diffèrent beaucoup des spirites théomanes raisonnants. Ces derniers sont à

(1) Paris, Masson, 1899.

mettre à côté des démonomanes purs, au nombre des délirants mystiques en général, dont ils font partie au même titre, ne différant les uns des autres que par des questions de nuance d'interprétation et de systématisation plus ou moins complète.

Un dernier point à noter est la facilité avec laquelle ces théomanes font des adeptes ; c'est là ce qui avait particulièrement intéressé Morel dans son étude sur Swedenborg. Nous avons vu Cam... convaincre deux de ses amies et un prêtre qui, la croyant en état de grâce, la suppliaient d'adjurer le judaïsme et de se faire baptiser. Nous avons vu son mari ajouter foi à tous ses phénomènes hallucinatoires, partager la plupart de ses conceptions erronées, stimuler même son délire par sa participation encourageante, en un mot représenter l'élément passif d'un véritable délire à deux. N'est-ce pas là en particulier ce qui se passe en grand autour des prophètes et dans les cénacles de spirites et de théosophes? N'est-ce pas là encore un des dangers du spiritisme courant?

DISCUSSION

M. Marie fait remarquer les ressemblances entre les cas modernes cités par l'orateur et les cas cités dans l'antiquité. Les médiums délirants sont des possédés modernes. Calmeil prévoyait dans son ouvrage l'éclosion de formes nouvelles. Les troubles psychomoteurs sont rattachés par les malades à l'idée moderne du spiritisme, qui est une importation d'Amérique.

M. Boissier. — Quand on dit de ces malades qu'ils sont des démonomanes, c'est simplement pour donner une couleur au délire. Ces médiums sont plutôt des théomanes que des démonomanes. Ils prétendent généralement qu'ils ont dans le monde une mission à remplir.

M. Doutrebente demande si le malade cité dans l'observation de M. Boissier n'était pas depuis longtemps un vésanique lorsqu'il fit sa tentative de suicide.

M. Boissier. — Ce malade est un phobique. Ce sont les hallucinations qui lui ont dit de se précipiter dans l'escalier, par expiation.

La séance est levée à 6 heures.

Blin et Dupain.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

—

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Année 1902.

L'Académie, en 1902, n'a pas eu à s'occuper beaucoup des affections du système nerveux. Nous ne trouvons dans ses bulletins que les quelques communications dont nous donnons ici le résumé :

I. — *De la mort rapide ou subite d'origine gastrique;* par M. Lancereaux (séance du 11 mars 1902). — La mort subite, chez les personnes bien portantes, ou simplement souffrantes, est chose commune. On est surpris de ne trouver, à l'autopsie, aucune lésion matérielle, et cependant c'est la règle. Les seuls désordres constatés par M. Lancereaux dans près de cinquante examens nécroscopiques ont été les suivants : cœur contracté, vide, ou renfermant au plus un quart de verre de sang, gros vaisseaux gorgés de sang liquide plutôt que coagulé. Sous quelle influence se produisent ces cas de mort, quelles sont leurs causes et quel est leur mécanisme ? L'auteur, renvoyant à une leçon publiée par lui sur ce sujet dans la *Semaine médicale*, de l'année 1894, se borne à appeler l'attention, dans sa communication actuelle, sur une cause très commune de mort subite qui consiste dans un trouble nerveux de l'estomac, et, en particulier, dans la dyspepsie qui s'observe chez les goutteux. Cette dyspepsie détermine une vive excitabilité du cœur et il y a une tendance à voir se produire, sous l'influence de mauvaises digestions, des palpitations, des lypothymies ou des syncopes. Ce réflexe peut aller jusqu'à déterminer la mort.

Tous les nerfs sensitifs de l'économie, y compris ceux des viscères, peuvent entraîner, par voie réflexe, une mort rapide (cathétérisme utérin, toucher vaginal, simple injection vaginale, coup porté à l'épigastre, injection d'eau très froide, etc.).

C'est sans doute sur le bulbe que se réfléchit, par l'intermé-

diaire du système nerveux, l'excitation qui entraîne ces graves accidents. Ce qui prouve que les troubles digestifs sont responsables de certaines morts subites, c'est : 1° l'heure à laquelle ce genre de mort survient (entre 2 et 3 heures du matin et entre 4 et 5 heures du soir), c'est-à-dire au moment où se font sentir les troubles digestifs dans les dyspepsies avec ectasie gastrique ; 2° l'absence de tout désordre appréciable du système nerveux et l'intégrité toujours absolue du cœur ; 3° le mécanisme suivant lequel survient la mort (arrêt du cœur par syncope) ; suivent plusieurs exemples cliniques.

Les individus qui succombent dans ces conditions sont ordinairement des névropathes. Rappelons que les aliénistes ont depuis longtemps signalé la fréquence de la mort subite parmi les antécédents familiaux des héréditaires et des dégénérés (1). Les observations de M. Lancereaux permettent de deviner l'un des mécanismes de ces morts subites jusqu'ici restées inexplicables pour les spécialistes qui d'ailleurs ne les ont pas observées, mais simplement enregistrées.

II. — *Rapport au nom de la commission de l'alcoolisme sur les boissons spiritueuses, liqueurs, apéritifs et leurs essences et produits composants les plus dangereux ;* par M. J.-V. Laborde (séance du 10 juin). — Après avoir passé en revue, au point de vue de la composition chimique et des effets toxiques, la liste presque interminable des liqueurs, apéritifs, essences et produits composants de ces boissons, M. Laborde, au nom de la commission, propose :

1° D'admettre comme pleinement justifiée par leur nocuité et les dangers qui s'attachent à leur consommation publique d'habitude la liste de ces préparations ; 2° d'étendre à leur sujet l'application des dispositions législatives existantes en ce qui concerne l'interdiction de la fabrication, de la circulation, de la publication et de la vente des dites boissons ; 3° de communiquer sous forme de proposition de vœu, ce rapport et ses conclusions aux pouvoirs publics.

Dans la séance du 1er juillet suivant, l'Académie après une courte discussion, décide le renvoi de ces conclusions à la commission, pour étude spéciale.

III. — *Sur un travail de MM. Th. Jonnesco et N Floresco (de Bukharest) sur les phénomènes consécutifs à la résection du*

(1) A. Cullerre. De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique (*Annales méd.-psychol.*, 1892).

sympathique cervical chez l'homme ; par M. François Franck, rapporteur (séance du 1er juillet). — L'examen de MM. Jonnesco et Floresco a porté sur huit opérés examinés de quatre-vingts jours à six ans et demi, après la résection du sympathique ; leurs conclusions sont les suivantes :

Parmi les troubles consécutifs à la résection du sympathique les uns sont persistants, les autres passagers.

Les troubles persistants sont : le resserrement de la pupille, la chute de la paupière supérieure, la congestion de la conjonctive, palpébrale et bulbaire, celle des gencives et surtout du cerveau, on voit les troubles congestifs se maintenir même trois ans après l'opération.

La diminution de la tension oculaire, la suppression de la fonction sudorale, la gêne dans la mastication et dans la déglutition, l'influence nutritive et l'hyperesthésie tendent à disparaître ou disparaissent complètement après des temps variables.

La résection du sympathique cervical ne donne lieu à aucun trouble trophique dans sa sphère d'action.

Le développement tant physique qu'intellectuel de l'opéré, quel que soit son âge, n'est nullement influencé par cette résection.

M. Franck propose à l'Académie d'enregistrer purement et simplement ces conclusions, ce qui a lieu.

IV. — Dans la séance du 7 octobre, M. le Dr Moty donne à l'Académie lecture de l'observation d'un jeune soldat, atteint depuis un an de stupeur lypémaniaque, et chez lequel deux ponctions rachidiennes, pratiquées à quatre jours d'intervalle, ont été suivies de la disparition des troubles psychiques.

L'observation n'étant pas publiée dans le *Bulletin de l'Académie*, nous ne pouvons que signaler cet intéressant travail.

A. Cullerre.

JOURNAUX ANGLAIS

Journal of mental science.

Année 1900

IX. — *La maladie physique, cause et complication de la folie* ; par le Dr G.-J. Confort (numéro d'avril). — Ce mémoire est basé sur l'observation de 175 aliénés, traités de 1859 à

1893, appartenant à diverses catégories, atteints d'affection du système vasculaire, des organes respiratoires, de l'appareil digestif, de phtisie et de diabète. Il est parfaitement résumé dans un dernier chapitre dont nous reproduisons les passages essentiels :

On ne peut contester que, dans un grand nombre de cas, les maladies viscérales chroniques sont capables d'affaiblir la vitalité et diminuent le pouvoir de contrôle. Une affection même légère déprime des individus sains d'esprit, et son action doit être plus fâcheuse sur des personnes d'une organisation débile. Il importe de prévenir de bonne heure la dénutrition qui prépare l'invasion du trouble mental.

L'intempérance est une des conditions les plus graves, qui donnent à la folie un pronostic fâcheux. La congestion chronique du cerveau et l'altération de ses cellules sont les premières sources du mal; mais l'alcoolisme engendre aussi des lésions viscérales, et l'entrave apportée au métabolisme constitue un obstacle insurmontable à la thérapeutique.

L'intempérance a causé la folie chez 29 individus. Sur ce nombre, on a noté : 4 guérisons, 2 améliorations, 5 décès; 18 sont encore à l'asile, dans la même situation mentale.

Parmi les autres causes, on signale l'hérédité, les soucis d'affaires, les chagrins domestiques et le surmenage. La femme est très éprouvée par les chagrins domestiques; ils occupent chez elle, dans l'ordre étiologique, une place plus élevée que l'état puerpéral et la ménopause.

L'âge moyen a été pour les hommes, 38; pour les femmes, 40,5 ans. Sur 33 aliénés chroniques encore vivants (depuis 34 ans), tous sauf 7 sont célibataires; l'auteur conclut de ce fait que le célibat est favorable à la conservation de la santé mentale, la longévité des aliénés ne permettant pas d'imputer la folie à une cause physique.

Parmi les 175 aliénés, 39, ou 22,34 p. 100, étaient indemnes de toute maladie physique; 134, ou 77,66 p. 100, étaient atteints d'affections diverses, dont voici l'énumération : maladies du cœur, 10; désordres circulatoires, 20; faiblesse, émaciation, 17; constipation, 17; dyspepsie, 8; bronchite, 7; tuberculose, 5; asthme, 2; emphysème, 2; affection maligne du poumon, 3; affections rénales chroniques, 6; glycosurie, 4; hémiplégie, 4; paralysies infantiles anciennes, 3; névralgies, 3; épilepsies, 3.

Du côté des femmes, on trouve : affections utérines, 11; état puerpéral, 3.

La syphilis a été bien constatée chez 4 aliénés.

Le myxœdème a été l'occasion d'une rechute; un autre malade paraît avoir dû l'explosion de son désordre mental à une méningite goutteuse. Quelques cas de varices, hémorrhoïdes (vices de la circulation), terminent cette nomenclature.

Sans affirmer que ces maladies aient causé directement le trouble mental, on est en droit de leur attribuer une influence certaine sur son éclosion. L'état morbide des organes internes devient la base d'un sentiment pénible et mal défini de dépression qui se transforme dans la suite en une conception délirante (Maudsley).

L'un des malades, après une pleurésie, éprouva des sensations désagréables qui firent naître en lui l'idée qu'il n'avait plus de poumons. Les dyspeptiques de l'alcool, croient être empoisonnés, n'avoir plus de viscères. La surdité engendre le délire de conspiration et de persécution. Les troubles cœnesthésiques conduisent à l'altération de la personnalité.

La maladie est fréquemment une complication de l'aliénation mentale. Certaines affections sont masquées à l'origine par les symptômes mentaux ou des conditions nerveuses anormales.

On connaît la fréquence de la tuberculose chez les aliénés, et l'on sait que son existence n'est souvent révélée que par l'autopsie.

Lorsque la folie apparaît consécutivement à une maladie physique, on constate presque toujours une prédisposition individuelle, d'habitude héréditaire. Dans la collection de faits réunis par le Dr Confort, on compte 44 hommes et 49 femmes appartenant à une famille névropathique; c'est un pourcentage de 53,14. Pour 15 individus de chaque sexe (17,14 p. 100), la folie existait dans la génération précédente; elle frappait la même génération pour 13 hommes et 17 femmes. La lignée actuelle et les précédentes avaient à la fois le vice vésanique pour 4 hommes et 6 femmes (5,714 p. 100). Enfin, on relève des faits de névrose ou d'intempérance chez 11 malades des deux sexes, et 4 hommes et 3 femmes étaient les victimes d'une hérédité tuberculeuse.

L'hérédité n'a pu être mise en évidence chez 41 aliénés de chaque sexe (46,80 p. 100), bien qu'elle fût probable.

Le moment de l'apparition de la tache nervosique est malaisé à saisir. Mais elle devient bientôt manifeste et se développe par les mariages consanguins et toutes les causes qui fatiguent le système nerveux : surmenage, émotions, abus de stimulants.

La maladie physique, en entravant les fonctions de l'organisme, inflige aux centres régulateurs un excès de travail; c'est le point de départ du désordre vésanique. Il n'y a pas de maladie organique sans trouble psychique concomitant, et la gravité de ce trouble varie avec la susceptibilité du malade.

X.—*Un cas de folie syphilitique*; par le Dr R.-D. Hotchkis (notes cliniques d'avril). — Le sujet de l'observation est un veuf de cinquante-deux ans, commis, indemne de toute hérédité. Trente ans avant son entrée à l'asile, il a eu une gonorrhée, suivie de quelques accidents de nature suspecte. En juin 1897, il était atteint d'une nécrose du tibia gauche à marche chronique, qui avait nécessité plusieurs fois l'intervention chirurgicale. L'éclosion du trouble mental a suivi de très près la dernière opération.

Le malade est d'une haute stature, fortement musclé, mais d'apparence cachectique. Il est incohérent, n'a pas de mémoire et accuse un délire de soupçon, des hallucinations et des illusions visuelles : il voit des peintures flotter devant lui, et tous les objets lui paraissent avoir une teinte bleu sale.

Parfois bruyant, il semble craindre son entourage. Quelques jours après, il est calme et dans un état de confusion mentale. Il manifeste des conceptions étranges; dit un jour avoir eu trois enfants nés l'un de l'autre à deux mois d'intervalle. En même temps il est très affaissé et s'abandonne. Le sommeil et l'appétit, d'abord compromis, sont devenus normaux.

Le 27 août, on fait l'ablation d'un sequestre énorme, sans que l'opération modifie l'état mental; mais elle a eu pour résultat de relever la santé physique en guérissant la nécrose. Le malade est resté mentalement faible, déprimé, et le traitement spécifique a paru d'abord inefficace. Il s'est pourtant amélioré graduellement et suffisamment pour pouvoir quitter l'asile un an après la dernière opération.

Une année s'écoule, au bout de laquelle une hémorragie cérébrale, suivie d'hémiplégie droite, détermine de nouveaux troubles vésaniques, consistant en une excitation bruyante avec perte de la mémoire. Il est réintégré, et l'on constate de l'hémiplégie droite avec aphasie partielle; il paraît comprendre ce qu'on lui dit. Il présente des accès récurrents d'agitation, au cours desquels sa diction est plus nette. Son langage est grossier et ses manières violentes. Dans la suite, l'aphasie et la paralysie ont offert quelque amélioration; son excitation s'est calmée, mais sa démence est incurable. Notre confrère remarque

qu'il ne saurait voir dans ce cas clinique une folie post-opératoire, dont la symptomatologie est différente. L'hémorragie cérébrale qui a marqué la seconde phase de la maladie est le résultat d'une lésion artérielle de nature syphilitique. C'est bien la syphilis qu'il faut incriminer dans cette observation où l'on ne découvre pas d'autre élément étiologique. En effet, le sujet n'était ni alcoolique ni héréditaire.

XI. — *La psychologie nouvelle*; par le Dr Henry Maudsley (numéro de juillet). — Discours prononcé à la réunion générale médico-psychologique. — Ce morceau oratoire, malgré sa forme séduisante, a soulevé quelques réclamations au sein de l'assemblée. Il faut reconnaître qu'il est peu encourageant pour les jeunes chercheurs du nouveau siècle. Après un court préambule qui est une fine critique de la terminologie moderne, notre éminent confrère s'attaque aux procédés de recherche appliqués à l'étude de l'esprit chez l'enfant. Peut-on espérer sérieusement de baser une psychologie positive sur l'observation et l'interprétation de ses gestes? C'est une illusion, car l'interprète ne saurait traduire l'esprit nouvellement éclos, à peine conscient, de l'enfant, à la lumière de sa mentalité mûre et consciente. Pour savoir au juste quelles peuvent être les opérations intellectuelles dans cet être naissant, le philosophe devrait pouvoir lire dans son cerveau, ce qui n'est pas possible.

Chez l'enfant, l'émission de l'idée est simple, dénuée de ces associations qu'évoquent chez l'adulte des expériences répétées, des impressions constamment multipliées. L'observateur ne peut lui entendre dire un mot sans lui prêter le sens qu'il lui attribue lui-même avec son organisation complète; son erreur est grande. Pour ne pas se tromper, il devrait se réduire, se simplifier, se ramener à la nature fruste de son sujet. Il lui serait plus aisé de marcher sa marche, de parler son langage.

L'intelligence rudimentaire de l'enfant, ses manifestations propres qui n'ont rien de commun avec celles de l'adulte, sa simplicité, sa spontanéité, son innocence qu'on admire volontiers, signifient purement pauvreté d'esprit. Dans un mouvement plein de verve, l'orateur s'étonne de l'admiration qui s'attache aux bébés. Le premier sourire où la mère croit découvrir une émanation du ciel n'est qu'un phénomène réflexe. Les actes plus compliqués qui se montrent plus tard reflètent presque toujours une nature ingrate et vicieuse. M. Maudsley ne craint pas de montrer les enfants tels qu'ils sont, violents,

agressifs, passionnément égoïstes et plus méchants que les petits des animaux.

Certains philosophes adonnés à ces recherches ont pris leur propre enfant comme sujet, et leur méthode s'est entachée d'une erreur de plus.

Que dire de cette dame qui a eu la prétention d'offrir, comme un tribut à la science, les impressions personnelles des premiers jours de sa vie?

Il n'y a pas moins de témérité à vouloir traduire les opérations mentales des animaux.

En résumé, la méthode intuitive est impuissante à fournir de justes notions sur l'origine, le développement et les premières opérations de l'esprit chez l'enfant. La méthode objective est préférable : 1° elle prend l'esprit à son éclosion, suit ses progrès à travers les complications graduelles de la structure réflexe et de l'activité nerveuse, dans l'échelle animale ; 2° elle observe directement les formations successives et les associations des mouvements chez l'enfant en rapport avec les objets et les sensations qu'il éprouve.

Dans la seconde partie de son discours, l'orateur se montre sceptique à l'égard des travaux de laboratoire. Il juge avec amertume la science expérimentale, la psycho-physique, qu'il regarde comme une source de déceptions.

Les actes mentaux reposent sur une base physique, leur origine matérielle est indiscutable. L'expérimentation moderne est inutile pour démontrer l'influence des agents externes et internes sur la pensée et sur le sentiment. La préhension mentale est assimilable à la préhension musculaire; elle procède de l'activité du cerveau supérieur et est soumise aux mêmes vicissitudes d'ordre physique. Les anciens métaphysiciens assignaient à l'esprit une nature immatérielle, indivisible, indépendante du temps et de l'espace. Aujourd'hui la vieille doctrine est abandonnée. Les expériences de laboratoire font descendre la psychologie des hauteurs abstraites de la spéculation vers les méthodes de l'observation positive et les néo-professeurs proclament l'avatar d'une science nouvelle. C'est aller bien vite.

La nature ne fait aucune distinction entre la physiologie et la psychologie et l'on est convenu cependant de les séparer dans l'esprit humain. En y réfléchissant, l'on voit que l'une ne va pas sans l'autre, que la physiologie des sens — telle que l'a traitée Muller — est psychologique pour une large part et que

les prétendues expériences de psychologie sont surtout physiologiques. A la vérité, les procédés nouveaux, pesées, mensurations, calculs algébriques, semblent soumettre la psychologie à une réalité tangible et donnent à son expression une formule positive. Mais on peut se demander quel sera l'aboutissant de ces recherches. Les résultats en sont pauvres. S'il s'agit, par exemple, de déterminer chez deux personnes la durée d'une opération mentale, on se trouve en présence de graves difficultés. Les conditions du *processus*, en effet, ne sont pas identiques : une idée inhibitoire viendra intercepter le courant nerveux chez l'une, qui n'existera pas chez l'autre. C'est folie de vouloir soumettre au calcul les complexités de la fonction mentale.

Bien plus encore se dérobe à l'analyse ce qu'on nomme aujourd'hui l'équation personnelle. Ce vocable savant a remplacé la vieille idiosyncrasie.

L'expérimentation pourra-t-elle jamais doser la frayeur d'une personne qui s'imagine qu'un chat est dans sa chambre, expliquer pourquoi telles personnes sont empoisonnées par les fraises, pourquoi un homme entendant siffler un jet de vapeur ne peut tenir son urine?... Comment mesurer expérimentalement la tolérance des individus pour les narcotiques, et tous les facteurs personnels de l'activité nerveuse? On croit se mettre à l'abri de toute erreur en opérant sur la même personne et en prenant des moyennes. Mais le sujet de l'expérience offre des variations constantes et journalières. L'expérimentateur ne peut même pas s'interroger lui-même, car la qualité de ses propres impressions, à son insu, subira des changements. Enfin ce n'est pas seulement l'équation personnelle qui peut se modifier, mais encore l'action des stimulants mis en usage.

Malgré tout, on n'arrivera jamais par une mensuration, si délicate soit-elle, à étudier autre chose qu'un *substratum* physique; mesurer le degré d'une impression n'est pas mesurer un état mental. Un abîme sépare l'énergie perçue, se présentant sous la forme objective et saisissable, de l'état subjectif, qui est intangible. Prétend-on doser la frayeur, la rage, l'envie, l'espérance, l'inspiration, évaluer en millimètres la hauteur de l'ambition? Tous ces états d'âme ont sans doute leur base physique, mais il n'est pas d'instrument capable d'atteindre les *processus* nerveux d'où ils émanent.

On ne saurait non plus déterminer les sensations physiques profondes qui font la personnalité. Y a-t-il un sentiment du

foie, de la rate, du cœur? Ces organes jouent leur rôle dans la constitution de l'individu, et, lorsque l'harmonie organique est détruite, le siège du mal est inconnu. Le corps est un immense instrument, compliqué et délicatement subtil, fait de moteurs inextricables, dont l'esprit est l'harmonie suprême.

En résumé, l'homme est un tout complexe, mystérieux, qu'une méthode simple de recherches minutieuses, qu'elles soient chimiques, physiques, pathologiques, microscopiques ou même psycho-physiques, est impuissante à définir. Les vieilles méthodes ne sont pas à dédaigner, elles fournissent des procédés fructueux pour l'étude psychologique. L'orateur conseille l'observation des symptômes mentaux dans le cours des maladies physiques, celle des rêves coïncidant avec des états corporels ou en relation avec des troubles pathologiques, il recommande enfin l'exploration du vaste champ de la pathologie mentale.

XII. — *Des anomalies pupillaires chez les idiots paralysés et non paralysés et leurs rapports avec la syphilis héréditaire*; par le Dr W.-J. Kœnig, de Berlin (numéro de juillet). — L'auteur divise en trois groupes les cas d'anomalie pupillaire qu'il a étudiés. Les deux premiers sont indiqués chacun par une observation. Voici le résumé de ces deux faits cliniques assez rares.

I. Le premier sujet, âgé de dix-sept ans, présente une mydriase alternante avec réaction pupillaire normale. Il est probablement atteint d'une lésion organique, offrant une démence à type non progressif, une paralysie spastique, des mouvements athétoïdes de la bouche et des orteils et une atrophie optique post-névritique.

La mydriase alternante coïncidant avec une sensibilité normale à la lumière est un phénomène curieux. Elle n'indique pas nécessairement un fâcheux pronostic et peut être un simple indice de neurasthénie. Il ne faut pas oublier toutefois que la paralysie générale au début simule cette dernière affection. Quoi qu'il en soit, la mydriase alternante combinée avec une action pupillaire normale peut persister pendant des années en dépit d'une lésion organique du cerveau. Il ne faut pas la confondre avec un autre phénomène que M. Kœnig appelle mydriase pseudo-alternante où les pupilles douées d'une irritabilité réflexe différente réagissent inégalement aux rayons lumineux.

II. L'autre exemple est celui d'une jeune idiote âgée de huit ans.

Cette enfant a présenté pendant un mois une parésie pupillaire transitoire avec ophtalmo-parésie externe. Ce trouble a été consécutif à une attaque de diarrhée. Est-il imputable à l'action d'une toxine sécrétée par les microorganismes de l'intestin? En l'absence d'antécédents connus et de tout stigmate vénérien, cette hypothèse n'est pas inadmissible.

Le troisième groupe comprend onze enfants, huit garçons et trois filles, âgés de sept à quinze ans. Neuf de ces idiots avaient été atteints de paralysie infantile, l'un d'eux ayant offert, à l'autopsie, les lésions d'une méningo-encéphalite gommeuse. Les deux derniers étaient de simples idiots.

Trois enfants avaient subi leur déchéance mentale dans leur troisième, huitième et neuvième années. Les autres étaient des congénitaux. Tous, à l'entrée, étaient plus ou moins déments. Leur langage était nul ou défectueux; le trouble de l'articulation ne ressemblait chez aucun enfant à celui de la paralysie générale. Ils ne présentaient pas d'abolition des réflexes rotuliens, mais plutôt une exagération de ce signe clinique.

Tous ces idiots, à l'exception d'un seul, ont eu des crises convulsives, la paralysie et la faiblesse mentale ayant débuté après la première attaque.

Les anomalies uniloculaires sont rares. Un seul enfant en était affecté et offrait une abolition du réflexe lumineux avec une lenteur de l'accommodation. Mais l'altération binoculaire est commune et l'on a constaté : dans deux cas, toute réaction perdue; dans trois, l'action de la lumière supprimée pendant la convergence; dans un, les pupilles insensibles à la lumière, paresseuses pendant la convergence; dans un, absence de réaction, le réflexe convergent paresseux d'un côté, normal de l'autre; dans deux, contraction à la lumière et convergence absentes dans un œil, faibles dans l'autre; dans un, le réflexe lumineux affaibli pour les deux yeux, l'action en convergence et l'accommodation demeurant vigoureuses.

Le point saillant de ces observations est la grande fréquence du défaut simultané de toutes réactions. Le contraire a lieu dans la paralysie générale où la réaction en convergence est le plus souvent conservée.

L'influence de la syphilis héréditaire est difficile à dégager, au milieu des facteurs nombreux dont procède l'idiotie. Dans ses diverses observations, le professeur allemand relève tour à tour : syphilis maternelle présumée, naissance illégitime — syphilis paternelle, père mort paralysé général, famille nom-

breuse dont l'idiot est le dix-septième enfant — syphilis paternelle probable, père et mère cousins germains, accouchement pénible; enfant né asphyxié; naissance illégitime, surmenage de la mère pendant la grossesse — naissance illégitime. Père buveur, mère offrant les signes mentaux d'une paralysie générale commençante — les deux parents syphilitiques — renseignements nuls. Père paralysé général avec antécédents syphilitiques, mère paralysée générale, enfant présentant à sa naissance une éruption paraissant spécifique — huitième enfant d'une famille saine. Père alcoolique ayant eu des accidents primaires, mère morte de syphilis spinale (tabes?).

Un seul de ces enfants a pu être considéré comme nettement indemne d'hérédité syphilitique. Il faut donc accorder une importance réelle à l'affection vénérienne, et l'affaiblissement ou la perte de l'action pupillaire chez des enfants frappés d'idiotie doit inspirer de fortes présomptions en faveur de cet élément étiologique.

L'autopsie de dix sujets a été pratiquée. Cinq offraient à l'œil nu les lésions de la paralysie générale, arachnoïde épaissie, adhérences corticales, ventricules granuleux et distendus. Sur un cerveau, on a vu les artères de la base athéromateuses et le noyau caudé offrait des plaques de ramollissement jaune. Un autre avait une atrophie des circonvolutions; un autre une sclérose de la pariétale ascendante. Ce dernier, examiné au microscope, présentait une abondance normale de ses fibres tangentielles, sauf dans la circonvolution sclérosée; la substance grise du canal central était saine. Ces aspects distinguent le cas d'une paralysie générale, malgré l'apparence macroscopique. Un autre sujet, né de parents syphilitiques, montrait à l'autopsie une méningite gommeuse.

Les idioties congénitales ou de la première enfance, dans lesquelles la syphilis des parents joue un rôle étiologique, peuvent se diviser en trois groupes : 1° les idioties sans paralysie; 2° celles compliquées de paralysie cérébrale infantile vraie; 3° les paralysies juvéniles. Les trois groupes peuvent offrir des anomalies; mais tandis que celles-ci sont la règle chez les paralysés juvéniles, le plus souvent atteints de syphilis cérébrales, les idiots des deux premiers groupes ne présentent qu'exceptionnellement les signes pupillaires.

XIII. — *Thérapeutique de la folie*; par le Dr Harrington Sainsbury (numéro de juillet). — Ce chapitre contient un aperçu général des moyens nouveaux employés dans le traitement des

aliénés. Notre confrère vante les bienfaits du système colonial, après Bättinger, qui prétend l'appliquer à la moitié de la population des asiles. Il fait ensuite quelques remarques intéressantes sur l'éducation industrielle des imbéciles dans des établissements spéciaux. Abordant la thérapeutique spéciale, il vante l'emploi de la suggestion dans le traitement des psychoses. Bechterew, de Pétersbourg, en a fait une heureuse application chez les alcooliques en y joignant les bains, les frictions, les médicaments sédatifs, cardiaques ou toniques suivant l'indication. Le médecin russe a traité encore par la suggestion certains délires spéciaux comme l'inversion sexuelle, l'onanisme, en se servant des mêmes adjuvants médicamenteux. Il faut noter toutefois que les D[rs] Krafft-Ebing, Ladame et Schrenck-Notzing avaient recommandé les premiers cette méthode thérapeutique.

A la clinique d'Heidelberg, le bain prolongé à 35 degrés est employé couramment par le D[r] Ernest Beyer. Il le prescrit à tous ses agités, même aux gâteux et aux aliénés porteurs d'escarres. Ne recourant pas au restreint, il leur administre de l'hyoscine pour les maintenir dans la baignoire.

L'alimentation des aliénés suggère à l'auteur quelques remarques utiles. Avec le D[r] Greenwod, il conseille le lavage de l'estomac chez la plupart des sitiophobes, l'addition d'aliments artificiels peu ou point sapides à la nourriture des aliénés affaiblis. Dans les cas où les forces sont très déprimées et où l'intolérance des organes digestifs est complète, il faut recourir aux injections salines sous-cutanées. Aux malades qui sont sous le coup d'un épuisement nerveux, Binswanger prescrit des injections hypodermiques d'un bouillon de culture de *bacterium coli*. Le microbe est préalablement tué par une solution de formaline; le liquide est injecté sous la peau à la dose de 5 à 10 centimètres cubes. L'élévation de température sert de contrôle au traitement. Sur quinze injections, ce médecin a compté en deux ans : quatre guérisons, deux améliorations et neuf insuccès.

L'emploi des hypnotiques et sédatifs a pris dans ces derniers temps un développement énorme. M. Sainsbury nous présente une collection de drogues nouvelles dont le nom est encore peu familier aux aliénistes français. Il mentionne successivement les hypnotiques, les dérivés de l'opium et les composés bromurés.

Le dormiol du D[r] Ernst Schultze, composé de chloral et

d'hydrate d'amylène, est un liquide incolore à odeur de menthol, d'une saveur âcre. Soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, le benzol, les graisses et les essences, il se dissout dans l'eau dans certaines conditions. Moins dangereux que le chloral, il procure rapidement le sommeil (75 p. 100 des cas). La dose peut être poussée de 20 à 45 grains. Son efficacité est réelle dans la mélancolie, la dépression mentale et l'hypocondrie. A l'asile de Bordeaux, il a donné d'assez bons résultats chez les anxieux.

Le tribromure de salol a été expérimenté à Dijon par le Dr Viallon, qui n'a pas eu à s'en louer. On peut lire son intéressant travail dans les *Annales médico-psychologiques*.

Le bromhydrate d'hyoscine est un hypnotique puissant. M. Dörner le recommande en injections sous-cutanées dans les états maniaques violents, non compliqués d'hallucinations, dans la mélancolie agitée et dans l'insomnie rebelle. Il est contre-indiqué dans l'hystérie et les psychoses qui réclament un traitement prolongé. On peut l'administrer jusqu'à la dose de 0,002 milligrammes, en surveillant l'action du cœur.

Parmi les dérivés de la morphine que les travaux de Merck ont contribué à faire connaître, l'auteur signale la dionine, l'héroïne et la péronine.

Le premier de ces corps est un chlorhydrate d'éthyl-morphine. Il est plus soluble et mieux assimilable que la morphine. On l'utilise dans le traitement du morphinisme pour remplacer l'alcaloïde au fur et à mesure de sa suppression. La dose est d'un tiers de grain à un demi-grain deux ou trois fois par jour. Pour combattre le morphinisme, les doses sont beaucoup plus fortes (7, 10 et 16 grains par jour en injections sous-cutanées).

L'héroïne ou éther diacétique de morphine est plus toxique que la codéine; elle déprime la circulation et la respiration. Son action est plus énergique qu'on n'avait cru d'abord, et la dose maxima de 1 1/2 de grain ne doit pas être dépassée.

La péronine est un hydrochlorure de benzoïl-morphine. Son emploi est restreint à cause de sa faible solubilité. Meltzer s'en est servi pour combattre l'excitation mentale. Il peut être prescrit sans danger à la dose d'un demi-grain à deux grains.

Les nouveaux médicaments bromurés, mentionnés dans ce travail, sont la bromaline et la bromipine. La bromaline est chimiquement du brométhyl-formine. Ses propriétés sont celles des bromures alcalins et elle n'en a pas les effets irritants sur le tube digestif. Elle doit ce dernier avantage à l'association

du brome avec la formaldéhyde soluble dans l'eau; ce médicament s'administre à une dose double du bromure de potassium. (Rohrmann.)

La bromipine est un mélange de brome et d'huile de sésame. C'est une solution au dixième qui est employée (15 à 40 grammes). En lavements, son efficacité est la même que par la bouche, et la voie rectale peut être employée sans inconvénient. Le Dr Kothe l'a donnée à doses progressives depuis 15 jusqu'à 40 grammes pendant six à sept semaines consécutives, en diminuant ensuite graduellement. Il a eu des succès avec les épileptiques.

L'iode peut se mélanger comme le brome avec l'huile de sésame aux mêmes proportions, et cette mixture offre les mêmes avantages pratiques.

XIV. — *Une théorie concernant les conditions physiques du système nerveux nécessaires à la production d'états de mélancolie, de manie, etc.*; par le Dr John Turner (numéro de juillet). — Conception ingénieuse empruntée à la psycho-physiologie pour expliquer ces deux aspects mentaux. Elle repose sur l'hypothèse suivante :

Les cellules sensorielles sont des détonateurs qui déterminent la décharge des cellules motrices. Lorsqu'une cellule motrice a été déchargée, son arrangement moléculaire est détruit et il en résulte une stabilité plus grande du système nerveux; un nouveau stimulant est alors nécessaire pour qu'une nouvelle décharge se produise. Une cellule motrice est d'autant plus instable qu'elle est privée depuis longtemps des stimulants sensoriels capables de la décharger. Elle est le siège d'une tension qui donne lieu à des états d'insomnie, d'angoisse, de malaise. Les cellules régulièrement déchargées sont stables et l'impression produite est le bien-être. L'excessive mobilité des jeunes enfants dénote chez eux une décharge facile des éléments moteurs. Ils sont joyeux, très rarement mélancoliques.

Il est deux ordres de fibres sensorielles, celles qui partent de la périphérie et celles qui naissent de l'intérieur du corps (épi-périphériques et endo-périphériques de Spencer). Les impressions transmises par ces dernières forment la cœnesthésie. Elles émanent de tous les points de l'organisme sans être conscientes, elles entrent pour une large part dans les états mentaux désignés sous le nom d'émotions et exercent sur leur nature une grande influence. Le bien-être, la joie dont on ne se rend pas compte proviennent de cette origine.

L'homme bien portant perçoit seulement les sensations de la périphérie. Celles qui viennent de l'intérieur s'arrêtent au seuil de la conscience. L'état pathologique intervertit les rapports des deux sensibilités et l'on voit, dans la mélancolie, la conscience subjective prendre la place de la conscience objective, d'où la tendance chez les malades à l'instrospection et à l'absorption de soi-même. Il y a prédominance des impressions cœnesthésiques.

Dans l'état de santé, les cellules sensorielles déchargent les cellules motrices et préviennent ainsi l'accumulation de l'énergie nerveuse. Si elles sont entravées dans leur fonctionnement, il en résulte dans les cellules motrices une tension anormale et en même temps du malaise, de la souffrance ; à un degré plus avancé, l'équilibre moléculaire est rompu et l'on peut avoir une explosion d'activité motrice. La source du mal est toujours dans la lésion sensorielle.

L'agitation automatique des idiots reconnaît pour cause l'insuffisance de leur système sensoriel. Ils pourraient être mélancoliques, si l'intelligence ne leur manquait.

Quelques mélancoliques n'offrent pas d'explosion motrice ; c'est que l'énergie accumulée n'est pas assez abondante pour que son écoulement soit entravé.

Cette condition est imputable à l'appauvrissement des fonctions vitales. La mélancolie et surtout la stupeur dépendent d'une altération fonctionnelle qui porte sur les conducteurs de sensibilité. L'interruption du courant sensoriel entre la périphérie et le centre peut être le point de départ du trouble mental (mélancolie des sourds).

La manie évolue par un *processus* différent et doit son éclosion à la diminution de l'énergie nerveuse, dans les centres moteurs élevés, ayant pour conséquence une augmentation de cette énergie dans les autres centres.

Les impressions sensorielles trouvent dans les centres supérieurs un nombre insuffisant de cellules motrices pour les recevoir ; elles se concentrent et vont influencer les cellules plus ou moins éloignées sur lesquelles leur action s'exerce plus intense et incohérente.

La théorie de M. Turner s'appuie sur une base pathologique. Dans certaines formes de mélancolie qui versent rapidement dans la démence, on trouve une altération curieuse des cellules géantes et pyramidales qui paraissent avoir subi la section de leurs extrémités axiles. D'autre part, la même apparence existe

dans les cellules de la corne antérieure de la moelle, après la division des racines postérieures, et semble devoir être attribuée à la suppression des courants sensoriels, qui cesseraient d'apporter aux cellules motrices leur incitation normale. Les éléments cellulaires moteurs, dans la mélancolie, doivent une lésion semblable à une cause identique.

XV. — *Cas de gliome du corps calleux;* par le Dr Mabel Blackwood (Cas cliniques de juillet). — Le sujet de l'observation est un homme de cinquante ans, héréditaire, qui a eu dans sa vie des attaques dont la nature n'est pas connue. Affaibli physiquement, il présente, avec l'embarras de la démarche, du tremblement des lèvres et des membres. Les pupilles contractées réagissent faiblement; la vision est mauvaise; les réflexes cutanés et patellaires sont exagérés; les facultés sont affaiblies. Le malade manifeste des craintes vagues et se montre turbulent. Il est tombé dans un état semi-comateux et a succombé sans autres symptômes, après quatre semaines de séjour.

L'autopsie a montré l'existence d'une tumeur occupant les deux tiers postérieurs du corps calleux. Elle n'est pas encapsulée et se mêle insensiblement à la substance blanche. Elle s'étend de chaque côté et en haut jusqu'à un demi-pouce de l'écorce, englobant une partie de la circonvolution du corps calleux. Elle comprime et obture en partie les ventricules latéraux, dont l'épendyme est altéré. Les ganglions de la base sont sains.

La plus grande partie du néoplasme répond à la voûte de chaque ventricule et chaque moitié a le volume d'un œuf de pigeon. Son tissu est mou, d'un gris noirâtre, gélatineux en certaines parties, translucide en d'autres. Il renferme de petits foyers hémorragiques et des kystes remplis d'un liquide jaunâtre. Le pont de Varole est mou et désorganisé; les circonvolutions quelque peu atrophiées et aplaties.

Au microscope, on a constaté une dégénérescence granuleuse des cellules de la frontale ascendante, qui se colorent mal et sont irrégulières. Les tuniques vasculaires sont épaissies. A un grossissement faible, le champ du microscope paraît rempli par des noyaux, sans substance cellulaire visible. Au voisinage des vaisseaux, les noyaux sont en plus grand nombre. A un grossissement plus fort, les cellules de la tumeur apparaissent nettement. Leur forme commune est grossièrement ovoïde avec des angles d'où partent des prolongements. Les petites cellules ont un seul noyau, les autres trois ou quatre.

La substance cellulaire est faiblement granuleuse, le réseau intra-nucléaire est bien distinct. Les prolongements s'entrelacent en réseau. Ces cellules, simples modifications des cellules névrogliques, sont accumulées au voisinage des vaisseaux qui apparaissent bien formés avec leurs plaques endothéliales.

Dans d'autres points, les cellules se rapprochent du type sarcomateux, sans offrir toutefois le caractère embryonnaire. Quelques-unes appartiennent à la variété des petites rondes avec noyau volumineux. Dans ces parties, la tumeur est très vasculaire et présente des foyers hémorragiques, le réticulum est bien dessiné. Ailleurs se voient des cellules en fuseau et, en ces endroits, le réticulum est plus dense et plus grossier, donnant l'idée que la forme des cellules proviendrait de la compression qu'elles auraient subie.

XVI. — *Discours présidentiel prononcé à la cinquante-neuvième séance annuelle de la Société médico-psychologique;* par le Dr Fletcher Beach (numéro d'octobre). — « Le traitement des débiles dans le monde entier », tel est le sujet traité par le nouveau président dans son discours d'ouverture. Les documents précieux dont il est rempli donnent à ce chapitre un vif intérêt.

La création des deux écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière par Ferrus et Falret marque le début de cette assistance. En 1838, l'illustre Séguin ayant entrepris le traitement d'un idiot, sur la recommandation d'Itard et d'Esquirol, mit au jour sa première publication sur la matière.

En 1842, Berlin annexait à son Institut de sourds-muets un hôpital d'idiots, et, vers la même époque, l'établissement d'Aldenberg, en Suisse, était fondé par le Dr Guggenbuhl. Ses efforts unis à ceux du Dr Ewining ont obtenu, en 1846, la création, à Bath, d'une école d'imbéciles sous la direction des misses White.

Ce n'est qu'en 1847 que la Grande-Bretagne s'intéresse à l'idée nouvelle. Les succès de Seguin ont éveillé l'intérêt de plusieurs savants anglais, et les écrits de MM. Scott, Conolly et Gaskell ont pour résultat l'ouverture des asiles de Park-house, d'Essex Hall, Colchester (1848).

Le célèbre asile d'Earslwood a dû son existence au prince consort, en 1853. Les années 1864 et 1868 ont vu l'ouverture des asiles des comtés de l'ouest et du milieu, et le Royal-Albert qui reçoit les idiots du nord a été fondé peu de temps après (1870). Puis ont été édifiés les instituts-écoles de Clapton et

Darenth, dans le comté de Kent (1879). Ces asiles ont été allégés d'une partie de leur population, grâce à la création de l'établissement d'Ealing, où ont été transférés les sujets les plus perfectibles. La loi de 1886, en affranchissant ces asiles et certaines maisons autorisées (Hormansfield, Hampton Wick, Downside Lodge, Chilcompton, Bath) de la législation des aliénés, a rendu plus facile l'hospitalisation des débiles.

Les quartiers d'idiots annexés aux asiles de Northampton, Middlesex, Hauts, Kent, Durham et Risbery Hill complètent en Angleterre cette assistance spéciale.

L'Ecosse a deux institutions pour imbéciles, Baldovan et Larbert ; l'Irlande possède l'établissement du Dr Stewart, à Palmerston, près Dublin.

L'Amérique n'est pas restée inactive. Par les efforts du Dr Howe et de M. Summer, l'école d'idiots de Massachussets a pu être ouverte le 1er octobre 1848. Peu de temps après, le Dr Wilbur a fondé dans le même État l'école privée de Barre. L'État de New-York n'a été pourvu qu'en 1854; après la promulgation de la loi autorisant les premiers essais, la construction de l'établissement d'Albany a été résolue.

Les autres provinces ont suivi l'exemple, et Pensylvanie, Ohio, Connecticut, Kentucky et Illinois ont eu bientôt leurs institutions pour imbéciles. Grâce à l'impulsion donnée en 1873 par l'Association des médecins des asiles pour idiots, le mouvement s'est rapidement étendu. En 1898, il n'y avait pas en Amérique moins de 19 États possédant 24 asiles pouvant recevoir 8.492 individus. Dans l'état de New-York, la garde des idiots non éducables est assurée à Rome, et un grand nombre d'autres asiles sont pourvus de ce genre d'assistance. Le plus complet est celui d'Elwyn (Pensylvanie orientale).

L'orateur mentionne, en France, Bicêtre, la Salpêtrière, Vaucluse, Vallée et Villejuif, la maison privée de Bourneville à Vitry. L'assistance est organisée à Paris pour un millier d'idiots. En outre, la province compte quelques quartiers annexés aux asiles d'aliénés et les asiles de John Bost.

On trouve en Allemagne 29 institutions recevant 3.070 enfants idiots et épileptiques et 1.831 adultes. L'Autriche a 5 asiles, la Belgique 4, la Hollande 4, l'Italie 2, la Suisse 14, le Danemark 3, la Norvège 3, la Suède 16, la Russie 5, la Finlande 1.

Dans les colonies anglaises, le Canada possède l'établissement de l'Orillia (Ontario), pour 610 malades. Il faut encore

mentionner les quartiers annexés aux deux asiles d'Australie et à celui de l'Afrique du Sud.

Enfin, pour que cette statistique soit complète, notons que la République Argentine fait traiter 18 enfants et 10 adultes dans son hôpital de los Mercedes et que son asile de femmes démentes est aussi pourvu d'une annexe pour 7 enfants et 23 adultes.

Les imbéciles moraux forment un groupe à part, dont l'assistance a fait l'objet d'études intéressantes. Depuis 1888, où le Dr Warner a lu devant l'Association médicale anglaise un mémoire sur ***les méthodes d'examen des enfants dans l'école***, ces recherches démographiques ont pris un développement énorme. Dès 1889, 5.334 enfants étaient visités par les Drs Hack Tuke, Warner, Shuttleworth et Fletcher Beach, et 809 étaient l'objet de notes individuelles. D'autres travaux ont suivi ; mais le grand effort est tenté en 1891, où le Congrès d'hygiène et de démographie charge une commission d'examiner la condition des enfants des écoles ; et d'ailleurs 50.000 enfants ont été soumis à ce contrôle et des remarques ont été faites sur 9.186. Le rapport qui les concerne a été publié en 1893 par la *Charity Organisation Society*. Les résultats de cet examen ont été contrôlés par celui de 50.000 autres enfants par la même commission, et le Dr Warner a pu fournir des notes sur 18.127 enfants offrant des défectuosités diverses. La conclusion de son rapport était qu'une proportion de 1,6 pour la première série et de 0,88 de la seconde réclamaient une éducation spéciale. En 1896, la nouvelle Société de l'enfance s'attachait à la propagation de ces idées.

Au mois de décembre de cette année, une commission est nommée par le lord président du conseil pour mettre à l'étude la pédagogie spéciale des débiles. En 1899, une loi paraît qui assure facultativement l'éducation élémentaire des enfants défectueux et épileptiques, qui, n'étant ni idiots ni imbéciles, sont incapables de suivre les écoles ordinaires. La loi autorise cette assistance à raison de quinze enfants par institution ; mais l'orateur estime que le nombre peut en être poussé jusqu'à vingt-quatre. Ils y séjournent jusqu'à l'âge de seize ans. La discipline et l'entretien de ces écoles sont attribués aux ***Boards of Guardians***.

Bien avant le Royaume-Uni, l'Allemagne avait organisé le traitement des arriérés. Dès 1863, elle possédait à Halle une classe auxiliaire d'enfants. Dresde, Leipzig et Brunswick ont

bientôt suivi l'exemple de Halle. On comptait, en 1894, dans toute l'Allemagne, 32 écoles auxiliaires contenant 110 classes avec un personnel de 115 fonctionnaires. En 1898, l'œuvre avait marché, et 52 villes possédaient 202 classes avec 4.281 enfants, instruits par 225 professeurs. Aujourd'hui le nombre des élèves n'est pas inférieur à 6.000 dans toute l'étendue de l'Empire germanique.

En Norvège, l'impulsion est donnée depuis vingt ans. Sans compter les deux instituts de Christiania et de Bergen, des classes séparées pour enfants arriérés sont jointes à Bergen à deux des grandes écoles élémentaires. Copenhague se distingue par les établissements Keller.

L'année 1892 a vu en Angleterre l'ouverture de classes spéciales, dépendant du *School board*, où des méthodes nouvelles ont été inaugurées. Sous la direction de mistress Burgwin, 53 écoles donnent à Londres l'instruction à 3.000 enfants. En outre, le ***Metropolitan Asylums Board*** vient d'ouvrir une école pour 20 élèves et prépare d'autres créations similaires. La province n'est pas en arrière, et Leicester, Birmingham, Bolton, Bradford, Brighton, Bristol, Burnley, Bury, Nottingham, Plymouth ont des classes spéciales, sans parler des institutions pour la société riche. La Belgique, la Suisse, l'Autriche participent au mouvement.

L'idée d'annexer aux écoles primaires des classes séparées a été vigoureusement défendue en France par Bourneville. L'Italie pratique le système colonial et possède deux bons établissements à Nervi et à Vereurago. Une ligue nationale y a été fondée ayant pour objet la création dans chaque province d'un institut pour les faibles d'esprit. L'orateur signale enfin les établissements de Victoria (Australie) et de Tokio (Japon).

Quelques dames charitables se sont intéressées aux jeunes filles qui sont recueillies dans de petits refuges. L'un de ces asiles est entretenu par la Société des jeunes servantes. Les pensionnaires y travaillent et y séjournent bénévolement. Ces œuvres éparses ont été centralisées en 1896 par l'***Association nationale pour le bien-être des faibles d'esprit***. Depuis sa fondation, quatre maisons ont été ouvertes près de Londres ; deux pour filles adultes, une pour adolescents, et la dernière pour des enfants traités par la pédagogie. Le nombre total des écoles, qui relèvent du ***Local government board***, est aujourd'hui de quinze.

Notre confrère s'occupe ensuite des épileptiques. Il y a

soixante ans, ils étaient confondus avec les aliénés. Leur hospitalisation séparée est réclamée par le Dr Ley, en 1874. En 1892, le Dr Ewart préconise la colonie pour tous les épileptiques, aliénés ou non. En 1897, le Dr Rhodes et l'alderman Mac Dongall, au retour d'une mission en Allemagne, en France et en Belgique, se déclarent à leur tour partisans du système colonial, qu'avait adopté en 1889 le Congrès international de Paris. Maintenant les Unions de Manchester et de Charlton se disposent à ouvrir un asile double pour les épileptiques aliénés et sains d'esprit; Leicester et Lancashire imiteront bientôt cet exemple. Prochainement enfin, la province de Londres aura bientôt un vaste asile pour 300 malades.

Le grand établissement de La Force (John Bost) s'est développé de 1862 à 1881, d'après le système familial, formé de plusieurs maisons groupées autour d'un centre. La colonie allemande de Bielefeld reçoit 1.400 pensionnaires. Le travail y est employé largement pour les deux sexes.

L'Allemagne n'a pas moins de 40 institutions affectées à ces malades. Ceux de Berlin sont hospitalisés à l'asile de chroniques de Dalldorff et à Wahlgarten. Les différentes nations d'Europe assurent plus ou moins l'assistance des épileptiques. L'Autriche-Hongrie a 8 établissements; la Russie, 3; le Danemark, 2; la Hollande, 1; la Suisse, 3; l'Italie, 5; la France, 5, sans compter Bicêtre et la Salpêtrière.

On en compte 6 en Amérique : Ohio, Massachussets, New-Jersey, Californie, Pensylvanie et New-York. L'établissement de New-York (Craig Colony) est aménagé pour 1.000 malades.

Le Royaume-Uni a encore beaucoup à faire pour secourir ses 4.000 épileptiques. La première colonie a été fondée en 1889 à Maghull, près Liverpool; elle a aujourd'hui 123 malades. En 1893, l'établissement de Godalming (Surrey) pour femmes épileptiques a dû son existence à la charité de Lady Meath. Enfin, l'année 1894 a vu l'érection du célèbre asile de Chalfont, pour épileptiques non aliénés. Il hospitalise 134 pensionnaires. Enfin, une autre colonie pour épileptiques sains d'esprit va s'ouvrir à Chelfort dans le Lancashire.

Le dernier groupe d'arriérés qui intéresse l'orateur est celui des jeunes délinquants. Il y a un demi-siècle, ils étaient à peu près abandonnés. L'école réformatrice de Redhill, le refuge de Dalston, l'asile criminel de Warwick, la Société des amis de l'enfance marquent les premières tentatives pour préserver

ces malheureux de la prison. Dans le continent, au commencement du siècle, Jean Falk, de Weimar, recueille 300 jeunes vagabonds, victimes des guerres de Napoléon, et son expérience fait une profonde impression en Angleterre. On y comprend que d'une prison on ne peut faire une école, et que la maison de réforme doit être un asile d'entraînement industriel. Hardwicke, Kingswood, Birmingham voient s'élever des écoles d'après ce système (1852).

Des efforts non moins heureux ont été tentés à Mettray, en France, à Hambourg et Wurtemberg, en Allemagne, et en Amérique, à New-York et dans le Massachussets.

L'Angleterre, l'Écosse et l'Irlande avaient en 1849, 12.508 individus âgés de moins de dix-sept ans, détenus dans les geôles. Des conférences organisées à Birmingham en 1851 et 1853 éveillèrent l'esprit public et la loi des jeunes délinquants (*Youthful offenders Act*) fut élaborée et promulguée de 1854 à 1866. Elle a pour objet la détention prolongée du délinquant, son traitement par le travail et la vie familiale, son élargissement sous la réserve d'une surveillance temporaire avant sa mise en liberté définitive. Les écoles sont placées sous le contrôle de l'État tout en relevant de l'entreprise privée.

Les résultats de cette assistance sont merveilleux. Pendant l'année 1856, on ne comptait pas moins de 13..81 délinquants, âgés de moins de dix-sept ans, condamnés à la prison. En 1866, leur nombre s'abaisse à 9.356; en 1893, il n'est plus que de 2.924. En 1896, l'Angleterre possède 50 écoles de réforme instruisant 4.800 pensionnaires âgés de treize à dix-neuf ans. Aucun enfant ne peut y être admis sans avoir été préalablement accusé et condamné.

Les grandes villes d'Écosse avaient depuis longtemps des écoles affectées aux enfants mendiants et vagabonds. Des écoles industrielles y ont été ouvertes en 1854, non seulement aux enfants abandonnés, mais encore aux délinquants âgés de moins de douze ans et aux réfractaires n'ayant pas atteint leur quatorzième année.

En 1866, les deux lois anglaise et écossaise sont unifiées et les enfants soumis au même régime dans les deux pays. Partout les workhouses et les écoles de pauvres peuvent envoyer leurs enfants réfractaires aux écoles de réforme qui n'admettent plus les individus coupables de félonie en Angleterre, de vol en Écosse. En 1880, la loi y place les enfants élevés dans des milieux immoraux.

On compte aujourd'hui dans la Grande-Bretagne 141 écoles industrielles, dont 17 appartiennent à des particuliers. Elles reçoivent 17 à 18.000 enfants de six à seize ans, qui n'ont pas subi de condamnation.

XVII. — *L'ivrognerie, ses causes et sa guérison*; par M. William Wynn Westcott (numéro d'octobre). — Le sujet est traité avec une pleine compétence par l'écrivain, magistrat et président de la Société pour l'étude de l'ivrognerie. Il recherche les causes du vice social. L'influence de l'hérédité est indéniable, mais il peut être une acquisition individuelle. Un homme non entaché d'hérédité peut-il transmettre à sa descendance un vice contracté pendant sa vie? S'il est à la fois héréditaire et buveur, ses excès alcooliques transmettront-ils à ses enfants quelque chose de plus que les tares de l'hérédité? A la première question, la biologie répond négativement. Si la deuxième hypothèse était admise, l'action nocive de l'alcool à travers les générations successives produirait fatalement l'extinction de la race (Archibald Reid). Or, les races qui s'alcoolisent depuis des siècles (Italiens, Espagnols) sont précisément celles qui paient le moindre tribut à la mortalité alcoolique, et le poison est plus redoutable sur les populations qui n'en ont pas fait l'expérience.

L'influence de la race est intéressante à considérer chez les voyageurs et les colons. L'Européen qui vit sous les tropiques contracte des lésions viscérales sans s'enivrer; chez lui, l'alcool s'évapore et s'excrète promptement et la débauche n'agit pas sur le cerveau. Les choses se passent autrement sous les latitudes arctiques. L'abus alcoolique produit rapidement l'ivresse et les lésions organiques sont plus rares. Sous chaque climat, les autochtones supportent mieux l'intoxication, et la boisson spéciale à leur pays est moins meurtrière qu'aux étrangers.

Les alcools sophistiqués produisent en Angleterre un mal épouvantable. La consommation de l'éther est funeste à l'Irlande.

Certaines conditions d'existence, certaines professions favorisent l'ivrognerie. La mère de famille en est préservée par l'amour de ses enfants; mais si la femme tombe dans le vice d'intempérance, elle s'abaisse encore au-dessous de l'homme. Les retraites d'Amérique contiennent une population de cinq hommes pour une femme. En Angleterre, l'ivrognerie féminine est en progrès. Il faut l'attribuer à l'effet désastreux de la loi qui autorise la vente de l'alcool au détail dans les épiceries.

Pour l'âge, on a noté que l'ivrognerie se montre surtout entre trente et quarante ans. En ce qui touche la religion, les protestants s'enivrent moins que les catholiques; les juifs sont relativement les plus sobres. Les fréquentations et le milieu familial influent beaucoup sur la genèse du vice. Enfin les vicissitudes de la vie sont aptes à lui donner naissance.

La thérapeutique est envisagée par l'auteur à deux points de vue : le traitement des accidents toxiques, celui qui s'adresse à l'appétit morbide et au trouble mental qu'il développe (dépression, insomnie, tendance à retomber dans les mêmes excès).

Il se montre sceptique à l'endroit des médicaments. L'hypnose et la suggestion doivent être laissées au médecin seul, qui ne réussit pas toujours à imposer au malade une action suffisamment prolongée. D'autre part, M. Westcott accorde toute sa confiance à l'hygiène forcée, appliquée dans une institution réglementée par la loi et dirigée médicalement.

La loi des buveurs a mis vingt ans à être élaborée. Après une série de transformations, elle paraît avoir eu, au 1er janvier 1899, sa formule définitive. En voici les dispositions principales :

« Lorsqu'un individu commettra un délit entraînant l'em-
« prisonnement ou la servitude pénale, si la cour estime que
« l'ivrognerie a contribué au délit, et si le délinquant avoue et
« les juges croient qu'il est buveur d'habitude, il pourra être
« détenu dans une maison de réforme de l'État ou dans une
« maison autorisée, pour un temps qui ne devra pas excéder
« trois ans.

« Tout délinquant condamné trois fois dans l'année devra,
« après sa quatrième condamnation, s'il est buveur d'habitude,
« être enfermé pendant trois ans dans une maison de réforme,
« dont les gérants voudront le recevoir.

« Le secrétaire d'Etat a qualité pour créer des maisons de
« réforme et pour délivrer des licences aux conseils de comté,
« de bourg et aux particuliers.

« La signature d'un juge suffit pour l'internement d'un
« buveur et la durée de sa détention est fixée de douze mois à
« deux ans. »

Cette loi pourra être complétée par des dispositions concernant le traitement des riches et l'assistance gratuite des pauvres.

L'innovation a fait peu de progrès jusqu'à ce jour, le secrétaire de l'Intérieur s'étant refusé à bâtir pour l'État, et les con-

seils de bourg et de comté ne voulant pas grever leurs finances.

Actuellement on compte en tout cinq établissements de réforme, quatre de femmes et un d'hommes; trois autres, deux pour les hommes et un pour les femmes, recevront leur licence dans un avenir prochain.

Depuis la mise en vigueur de la loi, quatre-vingt deux malades ont été traités, dont soixante et un fournis par Londres. Enfin, par l'initiative du conseil de la province de Londres, un établissement sera bientôt ouvert à Charlwood (Surrey) pour les alcooliques de la métropole.

XVIII. — *L'homicide alcoolique*; par le Dr W. C. Sullivan (numéro d'octobre). — Quatre-vingts observations servent de base à cette étude.

L'homicide alcoolique se présente d'abord sous la forme automatique. Il est le produit d'une intoxication aiguë, dénué de motif apparent et suivi d'amnésie. Il est fréquemment associé alors à l'impulsion suicide. Mais l'état d'inconscience est plus ou moins marqué et l'on observe des gradations successives, depuis l'impulsion aveugle jusqu'au meurtre motivé et conscient. Au début de la série (automatisme) le stimulant externe est nul. Il apparaît plus nettement à mesure qu'on s'en éloigne, et la cause extérieure, le motif devient prépondérant. Un élément important intervient dans l'homicide alcoolique, c'est l'excitabilité psycho-motrice. Qu'elle naisse d'une cause extérieure ou se développe en grandissant dans les phases successives de l'acte, elle acquiert une force hors de proportion avec le stimulant initial.

La conscience peut être absente, obscurcie ou entièrement nette. Les motifs apparaissent plus ou moins suivant les cas. Un meurtrier qui a paru agir automatiquement accuse dans la suite des conceptions délirantes qui auraient pu expliquer le crime, si elles avaient été connues.

La chronicité est une condition nécessaire à l'éclosion des tendances homicides, surtout dans la forme consciente.

Une exception à cette règle doit être faite pour les héréditaires et les instables mentaux. Un autre caractère important de l'homicide alcoolique est son association avec le suicide.

Le meurtrier alcoolique choisit de préférence pour victime sa femme ou sa maîtresse (24 fois sur 36). Il se sert des instruments de sa profession, de ceux qui sont à sa portée.

Notre confrère interprète cliniquement les violences nées de l'alcool. Il y reconnaît le même caractère qui appartient à

d'autres intoxications, telles que le saturnisme, l'hydrargyrisme, la pellagre, l'empoisonnement par le bisulfure de carbone : altérations des sensations organiques viscérales qui forment le fond de la personnalité affective, produisant un ton de dépression émotive d'autant plus marqué que le cerveau supérieur est plus en déchéance et la lésion viscérale plus profonde. La démence et l'état dépressif combinés conduisent à l'impulsion homicide et suicide.

Les troubles viscéraux développent anormalement ces réflexes sur lesquels repose la colère. Cette aptitude à réagir peut se montrer sous l'influence d'une stimulation réelle du milieu ambiant et n'est anormale que par la disproportion entre le stimulant et le phénomène produit. Mais si le facteur organique est puissant et l'intoxication intense, l'excitant externe n'est plus nécessaire et l'on saisit mieux, alors, le rapport entre l'intoxication et l'acte.

L'implication de l'intelligence varie depuis l'état inconscient jusqu'au délire vrai qui donne lieu à l'homicide motivé. Mais, en réalité, le trouble délirant n'a qu'une importance secondaire dans la genèse de l'impulsion. Cette dernière est le fruit du tempérament toxique qui a son expression physique dans un désordre viscéral diffus, réagissant sur un cerveau affaibli, et son expression mentale dans une altération de la personnalité affective qui engendre l'impulsion homicide et suicide.

En résumé, le trouble organique détermine l'action et la mentalité morbides ; mais tandis que la première jaillit d'abord, la seconde est d'une évolution tardive et peu énergique.

XIX. — *Contribution à l'anatomie morbide et à la pathologie de la paralysie générale des aliénés* ; par les Drs D. Orr et Ph. Cowen (numéro d'octobre). — Les individus dont le névraxe a été examiné ont été l'objet préalablement d'une observation clinique suivie. L'étude micrographique a porté sur les cellules nerveuses de l'écorce, la névroglie, les fibres à myéline, les nerfs craniens, la moelle, les faisceaux pyramidaux, les colonnes postérieures, les ganglions et les racines postérieures de la moelle.

Les cellules de l'écorce cérébrale (23 spécimens) offrent tout d'abord une altération de leurs éléments chromophiles, dont les contours sont irréguliers. De fines particules sont disséminées entre les corps de Nissl, autour du noyau et surtout à la base de la cellule. Les corps chromophiles sont raréfiés. Plus tard, la région péri-nucléaire est impliquée et la lésion est confinée

de préférence à un côté. L'aire dégénérée est remplie par un pigment finement granuleux au milieu duquel existent des fragments chromophyliques qui gardent la coloration violette. La chromatolyse affecte d'abord les extrémités protoplasmiques, puis les sommets; au dernier degré, les prolongements disparaissent et il ne reste qu'un noyau faiblement coloré privé de nucléole. La lésion débute par les petites cellules pyramidales.

D'après Marinesco, le pigment ne serait autre chose qu'une transformation des corps chromophiles, il serait un produit de régression.

Les cellules dégénérées s'éliminent enfin. Ce phénomène s'explique par deux théories. L'une fait intervenir les leucocytes (Turner), l'autre les cellules névrogliques. Le rôle de ces dernières est affirmé par Nissl qui a vu, dans des cas où les cellules nerveuses dégénèrent, les cellules de la névroglie, à peine visibles normalement, se gonfler, contenir des granules colorés. Il a vu leur noyau s'augmenter d'un nucléole. Marinesco admet l'action simultanée des deux agents. Les idées de ce savant sont rejetées par nos deux auteurs, qui n'ont pu vérifier les aspects décrits plus haut. Les mêmes doutes sont exprimés par Lugaro. Pour eux la prolifération névroglique serait un phénomène consécutif à la disparition des fibres à myéline. Elle serait due à la réaction contre la toxine résultant de la destruction du tissu.

L'action du poison organique sur les diverses fibres à myéline est bien manifeste. Les auteurs divisent les vingt-trois malades en deux groupes, suivant qu'ils ont eu ou non des convulsions, dont la maladie avait eu un dénouement rapide ou affectait une marche chronique. Chez les sujets non convulsionnés, on a constaté l'atrophie du feuillet tangentiel; mais dans un cas récent ce feuillet était intact, de même que les fibres qui relient ce feuillet aux pyramides de Meynert.

Dans l'autre groupe, le feuillet tangentiel est aussi très atteint, les fibres fines et grosses disparaissent successivement et la lésion est inégalement répartie.

L'atrophie des fibres tangentielles semble caractériser la paralysie générale et les convulsions ont une action bien nette sur le *processus* atrophique. On peut admettre que les malades du premier groupe ont subi l'action d'une toxine non convulsivante. Quant aux autres fibres de l'écorce et celles qui sont intermédiaires entre l'écorce et la substance blanche, elles sont détruites avec les progrès de la maladie.

Les lésions de la névroglie sont loin d'être évidentes. On a vu quelquefois l'hypertrophie cellulaire dans le feuillet interne de l'écorce et dans la région correspondante de la substance blanche. Elle est secondaire, de nature irritative et marche de pair avec la destruction des fibres blanches.

L'examen des nerfs craniens a montré sur les tuniques de myéline des taches noires qui tendent à gagner en surface, sans figurer toutefois les larges gouttes des dégénérations secondaires. La lésion est inégalement distribuée et laisse certains points indemnes. Vassale admet une dégénération primitive et secondaire, celle-ci destructive avec lésion du cylindre-axe, celle-là plus bénigne, à marche lente, respectant le cylindre-axe et permettant la réparation du nerf après que la toxine a cessé de l'attaquer. La dégénération de la paralysie générale serait primitive, l'examen des cylindres-axes ayant donné un résultat négatif.

Les noyaux d'origine des nerfs sont peu altérés, quelques cellules offrent une coloration irrégulière de leurs éléments chromatiques et un accroissement du dépôt pigmentaire.

En somme, l'intégrité relative des cellules, la dégénération des tuniques respectant les cylindres-axes donnent l'idée d'un facteur toxique qui attaque primitivement les enveloppes des nerfs et n'atteint les cylindres-axes qu'à une phase avancée de la maladie.

Dans la moelle, les cellules des cornes antérieures et celles de la colonne de Clarke ont des altérations semblables à celles déjà décrites, mais moins accentuées.

C'est dans les faisceaux pyramidaux que siègent principalement les lésions caractéristiques de la paralysie générale (non compliquée de tabes). La différence est énorme, suivant que le malade a eu ou n'a pas eu de convulsions. En l'absence de convulsions, la coloration noire des fibres par le procédé de Marchi est limitée à quelques fibres malades et la dégénération atteint également les deux côtés. Avec le phénomène convulsif, la coloration comprend la masse des fibres, rappelant la dégénération secondaire des hémiplégiques, avec prédominance d'un côté. On peut la suivre depuis la zone motrice, à travers la capsule, le pont de Varole et la moelle.

Les altérations des faisceaux postérieurs sont constantes. Les fibres dégénérées se voient disséminées parmi les fibres saines et l'aspect de la lésion est diffus. Cependant Sibelius a signalé une forme définie, concrète chez six paralysés géné-

raux. La lésion siégerait à la région cervicale et se distinguerait en cela de l'altération systématique qu'on trouve dans le tabès associé à la paralysie générale. Un cas semblable est décrit par nos savants confrères. La dégénération plus marquée à droite occupait entièrement la partie la plus interne du faisceau postéro-interne. A la surface de la moelle, elle s'incurvait pour se joindre aux zones radiculaires. Le malade offrait une forme à début rapide, à marche aiguë.

L'aspect des ganglions postérieurs diffère peu de l'état normal. La plupart des cellules présentent une hyper-pigmentation sensible, quelques-unes sont affectées de chromatolyse à un degré variable.

Les racines postérieures sont toujours malades. Par le procédé de Marchi, on y découvre comme aux nerfs craniens des îlots de dégénérescence, mais moins abondants. Cette lésion n'est pas en rapport avec celle des ganglions et des faisceaux postérieurs.

XX. — *Les juifs aliénés;* par le Dr Cecil Beadles (numéro d'octobre). — L'asile de Colney Hatch est spécialement affecté à l'hospitalisation des juifs aliénés du comté de Londres ; c'est donc un véritable champ d'études où M. Beadles a pu faire des remarques fructueuses sur la physionomie de la folie dans la race juive. Ce qui frappe de prime abord, c'est la fréquence de la paralysie générale chez les hommes. Les chiffres sont démonstratifs, cette affection représente à l'asile le 21 p. 100 des admissions. D'après le rapport des inspecteurs pour 1899, ce pourcentage est seulement de 13 dans les asiles de comté et de bourg. Dans les quatres asiles du comté de Londres, il n'est que de 10 sur le chiffre total des admissions d'hommes.

Les décès par paralysie générale atteignent à Colney Hatch le 41 p. 100 de la mortalité totale chez les hommes. D'autre part, en 1898, cette proportion n'était que de 26 p. 100 dans les asiles de comté et de bourg.

Cette prédominance de la paralysie générale n'existe pas chez les juives.

Faut-il incriminer la syphilis de ces effets meurtiers? Les recherches de notre confrère à cet égard ne sont pas concluantes. Cette cause, ailleurs active, est peu admissible chez les juifs. Mais il faut noter la prépondérance des excès vénériens dans l'étiologie de la folie chez ces malades.

Les juifs sont généralement névrosiques, les juives hystériques.

Le médecin a souvent à combattre dans cette clientèle des troubles neurasthéniques.

L'hérédité vésanique doit être commune chez eux, mais on manque là-dessus de documents précis. Le surmenage et les soucis d'affaires sont des facteurs étiologiques importants.

Le rapport des aliénés aux non aliénés paraît être le même pour les juifs que pour la population ordinaire. Ceux-là forment le 1,5 p. 100 des aliénés traités à Londres.

L'âge moyen des israélites au jour de l'admission est, pour les hommes, 37 ans; pour les femmes, 36. Celui des aliénés des asiles du comté de Londres a été, en 1898, de 43 pour les deux sexes.

L'invasion de la folie serait donc un peu plus précoce chez les premiers. La même remarque est faite pour les décès (juifs, 44 ans; juives, 47 ans; aliénés ordinaires, 51 ans; aliénées, 55 ans).

Les rechutes sont nombreuses à l'asile; elles représentent 14 p. 100 des admissions. C'est deux fois le pourcentage des rechutes chez les non-juifs. Il faut noter aussi que parmi les réintégrations figurent un grand nombre de malades sortis avant guérison, sur la demande de leurs familles.

La statistique des guérisons est favorable. Leur pourcentage sur les admissions est de 34,4 (hommes, 26,1; femmes, 42). Dans les asiles de Londres, pendant l'année 1898, le pourcentage a été seulement de 30,49 (hommes, 26,56; femmes, 34,2).

La mortalité est faible chez les aliénés juifs. Ce résultat provient du nombre relativement petit des décès chez les femmes et persiste en dépit de l'action meurtrière de la paralysie générale des hommes.

La folie puerpérale est fréquente (15 p. 100 des admissions de femmes). Dans les asiles de Hanwell, Banstead, Cane Hill et Claybury, cette vésanie s'observe dans une proportion bien moindre (3 p. 100) et les états puerpéraux ont déterminé le trouble mental chez 4 p. 100 des malades admises. Les chiffres des inspecteurs pour une période quinquennale sont un peu plus élevés (8,8 p. 100). A Colney Hatch, les cas puerpéraux ont été observés chez les non-juives dans la proportion de 6,18 p. 100.

C'est donc un fait bien acquis par cette statistique de la prédominance de la paralysie générale chez les juifs et de la folie puerpérale chez les juives.

L'élément exotique abonde dans cette population des juifs de Londres. 80 aliénés sur 100 ou leurs parents sont nés hors de l'Angleterre. Ils viennent pour la plupart de la Pologne russe ou de l'Allemagne. Ceux qui demeurent à l'asile offrent un désordre mental à forme chronique, d'un caractère extrêmement fâcheux.

M. Beadles termine cette note courte, mais substantielle, par quelques remarques qui lui sont communiquées par le Dr Ernest White, directeur de l'asile de Stone. Cet établissement est pour les juifs de la cité ce qu'est Colney Hatch pour les juifs de la province de Londres. Les renseignements fournis par M. White corroborent de tous points les observations de son collègue.

XXI. — *Influence des psychoses sur les glycosuries nerveuses;* par le Dr David Blair (numéro d'octobre). — Contrairement au Dr Bond, dont on connaît les travaux récents sur la matière, l'auteur affirme la rareté de la glycosurie chez les aliénés. Elle se produit chez les pensionnaires des asiles dans une proportion moyenne qui n'excède pas 1 à 2 p. 100. Le Dr Hale White a trouvé à Bethlem un pourcentage de 4; à l'asile du comté de Surrey de 2,6 seulement. Cette condition morbide s'observe surtout chez les hommes (trois hommes pour une femme, d'après Ikleen), ce qui peut expliquer la statistique avantageuse du Dr Bond.

Le peu de fréquence de la glycosurie paraît dû à ce fait clinique que les causes qui lui donnent naissance affectent presque toujours le système nerveux central.

Les glycosuries d'origine nerveuse peuvent se diviser en deux groupes suivant qu'elles sont associées à des lésions organiques ou à des troubles nerveux fonctionnels.

Les premières n'intéressent pas l'aliéniste. Elles ne sont pas propres aux aliénés, et d'ailleurs leur apparition est peu commune. Sur vingt-trois cas d'affection organique du système nerveux central, Kahler n'a trouvé que quatre malades assimilant mal leurs hydrocarbures et c'est la proportion la plus forte qu'on ait notée. Restent les glycosuries nerveuses fonctionnelles, dont s'occupe notre confrère.

La glycosurie est liée, selon lui, à une impressionnabilité nerveuse et émotive. Les Hindous, qui ont un caractère éminemment sensible, sont très éprouvés par le diabète, et la mortalité par cette maladie représente chez eux le dixième de la mortalité générale. Par contre, chez les travailleurs chinois,

race froide et inaccessible à l'émotion, le diabète est à peu près inconnu (1 cas sur 15.000 décès). Cette affection se montre souvent chez les héréditaires vésaniques (Maudsley, Savage). Le D[r] Savage admet son alternance avec la folie, non seulement dans la famille, mais chez l'individu même, et cette alternance rend compte, dans une certaine mesure, de la rareté de la glycosurie chez les aliénés. On peut supposer aussi que l'obtusion de la sensibilité morale dans la folie est un obstacle à la formation du sucre; d'autre part, le chagrin et l'anxiété morbide seront chez certains aliénés un facteur puissant de diabète. Deux malades, dont M. Blair rapporte l'histoire, offrent une phase initiale de mélancolie, compliquée de glycosurie, et une phase d'excitation maniaque pendant laquelle le sucre fait défaut dans l'urine. L'altération biologique se voit encore pendant la période de dépression qui précède parfois la guérison et qui correspond à un retour des idées pénibles qui ont marqué le début des troubles vésaniques.

La mélancolie favorise donc la production du diabète (11 fois sur 104, d'après Bond), et la manie est défavorable à son éclosion (chez 82 maniaques, le sucre n'existait pas). Notre confrère l'explique par l'action musculaire exagérée qui consomme l'élément hydro-carburé dans la manie. Inversement, la dépression mentale provoque l'apparition du sucre dans l'urine, parce que l'inertie musculaire arrête la combustion du sucre par l'économie.

XXII. — *Deux cas de leptoméningite*; par le D[r] Wakelin Barratt (notes cliniques d'octobre). — Dans ces deux observations, l'affection méningée, voilée par d'autres états morbides, n'a pu être soupçonnée pendant la vie; l'autopsie a fait découvrir dans l'une et l'autre, avec des lésions pathologiques caractérisées, des microorganismes dans le réseau pie-arachnoïdien. Il est encore à noter que chaque sujet était infecté d'un microbe différent.

Le premier malade est un imbécile épileptique, âgé de vingt-trois ans, atteint d'une carie tuberculeuse suppurée des côtes et du sternum, et de tubercules pulmonaires. Il est mort dans le marasme.

L'examen nécropsique a mis en évidence deux conditions pathologiques de la méninge, l'une récente, l'autre ancienne; la première est distribuée par places; dans les mailles du tissu existe une exsudation leuco-séreuse contenant de nombreux streptocoques. Ces organismes ont l'aspect et la réaction colo-

rante du *streptococcus pyogenes albus*. On en découvre encore dans la lymphe qui baigne l'épendyme ventriculaire.

D'autre part, la pie arachnoïde offrait les changements propres à l'atrophie cérébrale. Épaissie et opaque, elle était distendue par un fluide clair, montrant en d'autres points des foyers semi-purulents. On y voyait au microscope une prolifération de tissu connectif, contenant de nombreuses cellules mononucléaires. Il y avait encore des altérations amyloïdes au foie, à la rate, aux reins et à l'intestin.

Chez ce malade, l'infection méningée provenait de la carie sternale. Bien qu'un dépôt caséeux existât entre la dure-mère et le crâne, dans la région temporale gauche, le bacille tuberculeux n'a pu être mis en évidence.

L'autre malade est une femme épileptique depuis la puberté. Quinze ans après son admission et huit mois avant sa mort, elle présente un léger ictère, puis s'affaiblit et passe par des alternatives d'amélioration physique et de dépérissement progressif. Dans les derniers temps de sa vie, elle est affectée d'ascite, d'un état fébrile rémittent et succombe dans le coma.

A l'ouverture du corps, on constate une hépatite suppurée, et les mêmes conditions signalées précédemment — récente et chronique — de la pie arachnoïde. Dans les mailles du réseau membraneux se voit, irrégulièrement distribué, un épanchement leuco-fibrineux où le microscope fait aisément reconnaître à ses réactions colorantes et à ses caractères de culture le *diplococcus pneumoniæ* de Fraenkel. Ce bacille se découvre encore dans la lymphe qui recouvre l'épendyme des ventricules. Comme dans l'autre cas clinique, les lésions de la méningite chronique ont pu être constatées. La leptoméningite a évolué parallèlement avec la suppuration du tissu hépatique. Les abcès du foie contenaient des diplocoques entièrement semblables à ceux de la membrane cérébrale et la genèse de l'infection semble nettement établie.

Dr Pons.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des thèses de la Faculté de médecine de Lyon.

Année 1902.

I. — *Des troubles génitaux dans la morphinomanie;* par le Dr A. Noirot. Th. Lyon. Janvier 1902, 62 p.

Après avoir passé en revue les quelques ouvrages qui ont trait à ce sujet (travaux de Lutaud, Zambaco, Féré, Rosenthal, Jennings, Levinstein, Bureau, Antheaume), l'auteur étudie, à l'aide de treize observations, dont une inédite, suivie dans le service du professeur Bondet, les troubles du sens génésique produits par le toxique dans les deux sexes, les troubles menstruels, la grossesse et l'accouchement chez les morphinomanes. Il observe ainsi que la morphinomanie exerce sur le sens génital une courte excitation, puis une action dépressive durable, que l'aménorrhée est un des symptômes les plus constants du morphinisme chronique et que la grossesse peut être influencée de diverses façons, l'usage de la morphine amenant l'avortement, ou un retard dans l'accouchement, et la suppression du poison causant très souvent l'avortement. Le troisième point examiné n'est que le rappel des observations de Féré et d'Antheaume, qui permettent de conclure que l'intoxication morphinique se transmet de la mère au fœtus. L'observation personnelle de l'auteur n'apporte aucun fait nouveau sur ce point et n'a trait qu'aux troubles menstruels.

II. — *Essai sur l'anatomie pathologique des démences ;* par le Dr H. Bridier. Th. Lyon. Janvier, 1902, 96 p. 8 planches avec 63 figures.

Dans cet important travail, M. Bridier, préparateur au laboratoire de médecine mentale, a exposé, avec les travaux du professeur Pierret et de ses élèves, ses recherches personnelles

sur la démence sénile, la démence paralytique et la démence consécutive aux vésanies simples. Chacun de ces chapitres est précédé d'un index analytique des travaux faits sur la question et constitue ainsi une mise au point aussi complète que possible du sujet.

De l'ensemble de ces recherches, il résulte qu'il n'y a pas de démence sans lésions matérielles du cortex, qu'au point de vue anatomo-pathologique on ne peut faire de distinction entre les démences organiques et les démences vésaniques, ce qu'il faut entendre en ce sens que dans les unes comme dans les autres il y a des lésions constatables *de visu*, mais qu'il est possible d'arriver à reconnaître sur des coupes les lésions propres à la démence sénile et à la démence paralytique ; les démences vésaniques se reconnaissent par exclusion et, entre elles, elles ne diffèrent que par le degré d'intensité du processus cellulaire, car la lésion caractéristique et la condition nécessaire de toute démence résident dans l'altération profonde et la disparition d'un grand nombre de cellules du cortex.

C'est, en effet, surtout le cortex cérébral qu'a étudié l'auteur, mais il a effleuré la question peu connue du cervelet et constaté son altération presque constante dans les états démentiels, fait notable qui est l'objet de recherches nouvelles au laboratoire.

III. — *Nécessité de créer des hôpitaux d'aliénés curables et de délirants;* par le Dr M. Armand. Th. Lyon. Janvier, 1902, 66 p.

L'auteur, s'inspirant des idées de son maître, le Dr Roux, de Saint-Etienne, et d'accord avec un grand nombre de bons esprits, constate que le régime actuel des aliénés présente de grands inconvénients : il ne facilite pas assez le traitement rapide et efficace des psychoses curables ; il permet l'internement d'un grand nombre de malades qui ne sont que des délirants et qui souffrent le plus grand préjudice à être confondus avec les aliénés.

Il admet, avec le Dr Roux, trois classes d'aliénés, les curables, atteints de psychoses aiguës, qu'il faut soigner et guérir; les aliénés incurables, non dangereux, incapables de subvenir à leurs besoins, qu'il faut assister et recueillir, et les aliénés dangereux qu'il faut mettre hors d'état de nuire.

Les aliénés curables ont droit à l'hôpital au même titre que les malades ordinaires; mais jusqu'ici, en France, rien de

sérieux n'a été tenté pour leur assurer la jouissance de ce droit.

Il serait donc à souhaiter qu'on établît des hôpitaux spéciaux ou, dans les hôpitaux généraux, des pavillons spéciaux où les malades atteints de psychoses curables ou de délire symptomatique seraient reçus sans formalité.

IV. — *Influence de l'éducation sur le développement de la neurasthénie*; par M[lle] Jadwiga Szejko. Th. Lyon. Janvier, 1902, 277 p.

Sous l'inspiration du professeur Teissier, M[lle] Szejko a écrit un important travail dans lequel, après une étude sur la neurasthénie en général, elle s'occupe principalement de ses facteurs dans l'enfance, dont les principaux seraient le surmenage scolaire, le surmenage moral, l'insuffisance de culture des facultés psychiques supérieures (volonté, attention), l'exagération des facultés inférieures (émotivité, automatisme cérébral, suggestibilité), causes de souffrance, tant morales que physiques, enfin les entraves apportées au libre développement de l'activité, empêchant ainsi l'individu d'accomplir ses devoirs sociaux.

Pleine d'intéressants détails sur tous ces points, la thèse développe chemin faisant les moyens éducateurs à opposer à chacun de ces facteurs, de façon à lutter contre leur influence prédisposante.

V. — *La neurasthénie syndrome cérébelleux*; par le D[r] Delmas. Th. Lyon. Janvier, 1902, 84 p.

C'est une conception originale du professeur Teissier que l'auteur s'est efforcé de justifier dans son travail. Comme l'expérimentation montre que le cervelet est un organe de renforcement pour le cerveau; que, par l'influx qu'il déverse, il est un organe sthénique, tonique et statique; que la clinique enseigne que les malades porteurs d'une lésion cérébelleuse présentent le tableau symptomatique de l'épuisement nerveux : douleur rétro-occipitale (casque), asthénie musculaire, exagération des réflexes patellaires, vertiges de translation, asthénie psychique et dépression morale, souvent troubles oculaires et phénomènes de nutrition; qu'à l'autopsie enfin on a souvent trouvé une lésion cérébelleuse chez des malades présentant absolument le syndrome neurasthénique, il s'ensuit que l'expérimentation, la

clinique et l'anatomie pathologique autorisent à concevoir une théorie de la neurasthénie syndrome cérébelleux. Il n'y aurait, dit l'auteur, de différence entre les deux manifestations morbides que ce fait : existence d'une altération organique dans les lésions cérébelleuses et trouble purement fonctionnel dans la neurasthénie. Cette conception, ajoute M. Delmas, est aussi logique que celle de l'hémianesthésie syndrome capsulaire, et lui est entièrement superposable.

VI. — *Essai sur la psychologie du tuberculeux;* par le Dr M. Béraud. Th. Lyon. Janvier, 1902, 139 p.

Dans ces pages d'une lecture intéressante, l'auteur a étudié les tuberculeux dans le monde, au sanatorium et à l'hôpital. Il a constaté que l'état mental du tuberculeux semble être symptômatologique et se résume dans deux phénomènes extrêmes, parallèles anx symptômes organiques et se succédant souvent chez le même individu : asthénie et hyperexcitabilité. Certains symptômes psychiques, sans être dans tous les cas pathognomoniques, semblent plus particuliers à la tuberculose. Parmi ces symptômes, l'optimisme est le plus frappant, mais il varie avec l'évolution de la maladie : au début, optimisme du diagnostic, le malade ne croit pas être tuberculeux; à la fin, optimisme du pronostic, le tuberculeux ne croit pas être malade.

De ces notions psychologiques se dégagent quelques conclusions thérapeutiques importantes :

1° *Au début* de la maladie, le médecin ne doit pas hésiter à révéler le diagnostic au tuberculeux, toutes les fois qu'il juge cette révélation utile;

2° *Pendant* le cours de la maladie, il doit se montrer sévère, mais sa conduite doit varier parallèlement aux oscillations de l'état d'âme du tuberculeux;

3° *A la fin*, qnand le médecin a perdu tout espoir, il doit respecter celui du malade : le mensonge est un devoir.

VII. — *La paralysie générale, affection syphilitique vraie. Traitement par les injections de calomel*; par le Dr C. Aubry, avril 1902.

L'auteur, interne de Saint-Etienne, a étudié dans le service du Dr Roux et sous son inspiration la passionnante question de la nature syphilitique de la paralysie générale. Il n'y a, dit-il,

aucune raison, ni anatomo-pathologique, ni clinique, ni thérapeutique, pour distinguer la paralysie générale syphilitique des affections syphilitiques vraies. Dans dix observations, les unes personnelles, les autres communiquées par les Drs Roux et Devay, il a eu des améliorations par le traitement spécifique, sous forme de piqûres de calomel, mode auquel il donne la préférence et qu'il déclare seul réellement efficace. Cliniquement, c'est dans les cas où les troubles démentiels sont peu marqués, où prédominent au contraire les troubles moteurs et les délires actifs, qu'on peut avoir un espoir de guérison assez grand.

VIII. — *Essai sur la pathogénie du délire chez les brightiques*; par le Dr A. Boudaire. Th. Lyon, juin 1902, 103 p.

Les relations du délire avec les troubles rénaux ont été étudiées à Lyon il y a quelque vingt ans, par M. Pierret et son élève Bouvat (Urémie délirante, Th. Lyon 1883). L'essai de pathogénie exposé dans cette thèse a été repris par M. Boudaire, élève de M. Roque, qui conclut des recherches expérimentales (recherche du coefficient urotoxique), cliniques et anatomo-pathologiques auxquelles il s'est livré, que le délire se montre seulement chez les prédisposés, résulte surtout de l'œdème cérébral et non de l'intoxication, et devrait être ainsi rayé du cadre de l'urémie.

La thèse contient vingt-trois observations, dans quatre desquelles la recherche du coefficient urotoxique a été faite, et ce dernier trouvé sensiblement constant pendant et après la période délirante.

IX. — *Forme cérébrale du tabes sensitif*; par le Dr J. Audan. Th. Lyon, juillet 1902, 94 p.

Le tabes et la méningo-encéphalite sont deux maladies bien distinctes. Il y a des tabes purs, moteurs ou sensitifs, avec leur symptomatologie cérébrale; mais il y a des méningo-encéphalites vraies, indépendantes de toutes lésions systématisées. Toutes ces affections peuvent s'associer, de sorte que jusqu'à présent elles ont été confondues dans le cadre et sous le titre de paralysie générale. On peut donc, à l'heure actuelle, en dehors de la méningo-encéphalite diffuse vraie, reconnaître trois formes, très nettes, très distinctes, de paralysie générale,

La première a été décrite par Westphal; c'est un tabes avec lésions combinées des cordons postérieurs et latéraux, et association de méningo-encéphalite généralisée. Cette forme n'est que la synthèse de deux autres que Pierret a dissociées et décrites : la première, c'est le tabes moteur; la seconde, c'est le tabes sensitif avec méningo-encéphalite. Si dans les cas purs et lorsque la participation du cortex à l'inflammation systématique motrice ou sensitive reste limitée aux dépendances corticales de ces systèmes, les tabes moteurs ou sensitifs compliqués de méningo-encéphalite conservent leur physionomie bien à part, on voit cependant à la longue l'inflammation gagner par contiguïté tout le cortex; de sorte que les malades meurent avec l'apparence de la paralysie générale la plus complète possible. Tel est l'ensemble des idées que, sous un titre un peu trop étroit, l'auteur dégage de l'examen des dix-sept observations qui corroborent sa thèse.

X. — *Les migraines et leurs rapports avec les états épileptiques et délirants*; par le Dr E. Cornu. Th. Lyon, juillet 1902, 167 p.

Importante étude faite sous l'inspiration du professeur Pierret, la thèse de M. Cornu, après un historique et un exposé symptomatologique très complets de la migraine en général, met en évidence, grâce à une analyse des troubles sensitifs, sensoriels, moteurs, paralytiques, psychiques, vaso-moteurs, secrétoires et trophiques relevés dans cinquante-sept observations, dont beaucoup sont inédites, le parallélisme des états migraineux et des états épileptiques. La migraine, dit l'auteur, apparaît comme un syndrome complexe qui traduit l'irritation des centres nerveux et se caractérise par des modifications directes ou réflexes de la sensibilité, de la motricité, de l'intelligence: la prédominance de certains symptômes crée des syndromes sensoriels, moteurs, psychiques, qu'une analogie symptomatique étroite rapproche des syndromes analogues confondus sous le nom d'épilepsie.

Des phénomènes généraux caractéristiques s'observent dans les deux cas (aura, paroxysmes, torpeur, etc.). Les deux affections sont héréditaires: les migraineux naissent souvent d'épileptiques et réciproquement; elles se relient aux mêmes diathèses; les mêmes intoxications les font naître. Manifestations

dégénératives, elles commencent aux mêmes âges et sont susceptibles des mêmes transformations. Chacun de leurs symptômes peut apparaître d'une façon isolée, de telle sorte que les troubles psychiques qui sont leurs équivalents rentrent dans le groupe des *psychoses paroxystiques*.

Un même processus irritatif permet de comprendre la genèse et l'évolution de ces symptômes. Isolément, telle fraction sensitive, motrice ou psychique du syndrome migraineux, peut apparaître dans le cours ou dans l'intervalle des crises épileptiques. L'une quelconque de ces manifestations peut rester pendant longtemps la seule manifestation de l'une ou l'autre névrose: c'est ainsi qu'un migraineux, issu d'épileptiques, présente tardivement des crises convulsives; par un phénomène inverse, l'épilepsie peut disparaître et les symptômes migraineux apparaître.

Il semble donc que les états migraineux et épileptiques appartiennent à un même groupe d'affections nerveuses, celui des épilepsies.

XI. — *Contribution à l'étude des rapports du vagabondage et de la folie*; par le Dr R. Beck. Th. Lyon, juillet 1902, 80 p.

Les aliénés se font fréquemment arrêter pour le délit de vagabondage. Il est regrettable de constater la forte proportion de condamnations prononcées contre des malades dont l'état mental est manifestement pathologique. Cette conclusion concerne le premier côté de la question, déjà longuement étudié dans les travaux qui se sont occupés des aliénés méconnus. M. Beck ne s'y est pas tenu, et il a courageusement étudié la deuxième face du problème. Il existe en effet un grand nombre de vagabonds dits professionnels ou incorrigibles, qu'on ne peut considérer ni comme des individus normaux ni comme des aliénés. Ce sont à la fois des détraqués et des paresseux. Ils sont sur la frontière de la folie et c'est d'eux que la société est le plus embarrassée. Selon les circonstances on les envoie actuellement, soit dant les asiles, soit dans les prisons, et ils oscillent des uns aux autres. M. Beck, pensant que ces êtres sont à la fois nuisibles, et doivent être éliminés systématiquement de la société, à la fois malades, et doivent être soignés, ne voit comme solution de la question que la création d'un établissement à part, à la fois asile et prison.

XII. — *Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës*; par le Dr P. Thomas. Th. Lyon, juillet 1902, 91 p., 7 planches, 14 figures hors texte.

Fait au laboratoire de médecine mentale sur des pièces provenant de l'asile de Bron et des hôpitaux (examens, préparations et dessins de MM. Pierret, Taty et Jeanty), ce travail, dirigé par le professeur Pierret, établit la participation constante des cellules du cortex à toutes les inflammations dites méningites aiguës infectieuses, et montre que la plupart des symptômes observés relèvent, notamment le délire, les troubles moteurs localisés, les troubles du langage, le coma et peut être les troubles de la sensibilité, du trouble des neurones (exaspération ou diminution fonctionnelles); quelles que soient les origines de la maladie, le cortex est intéressé dans toutes ses couches. Les altérations de l'élément noble se montrent déjà dans les régions où la méninge et les vaisseaux paraissent encore sains, à l'examen microscopique, avec une intensité qui paraît être en raison de l'énergie de l'agent infectieux, de la durée de la maladie, du volume de l'élément et, très vraisemblablement, de sa résistance qualitative. Les altérations névrogliques ne se montrent que dans les cas à évolution lente et secondairement. Très probablement les lésions débutent par l'encéphale et s'étendent aux vaisseaux et à la méninge dont le rôle, au point de vue de la genèse des symptômes, a été sûrement exagéré. Aussi devrait-on préférer pour ces maladies l'appellation plus exacte d'encéphalo-méningites.

XIII. — *De la nécessité d'isoler les tuberculeux dans les asiles d'aliénés;* par le Dr P. Maussire. Th. Lyon. Juillet 1902, 70 p.

Avec tous les médecins d'asiles, l'auteur constate que la tuberculose fait dans les établissements d'aliénés de tels ravages qu'il est urgent d'employer coutre ce fléau des mesures sévères. Quoiqu'il ne se dissimule pas les difficultés financières qui s'opposent à leur mise en œuvre, il préconise cependant l'isolement rigoureux, les prescriptions hygiéniques étant insuffisantes, et l'épreuve de la séro-agglutination à l'entrée des malades pour contrôler les résultats de l'examen stéthoscopique.

XIV. — *Les stigmates anatomiques et physiologiques de la dégénérescence et les pseudo-stigmates anatomiques et physiologiques de la criminalité*; par le Dr L. Mayet. Th. Lyon. Juillet 1902. 164 pages, 29 figures dont 4 photographies hors texte.

Grâce à des recherches et des études antérieures, longues et minutieuses, M. Mayet n'a pas hésité à aborder dans sa thèse un des plus épineux sujets de pathologie générale, un de ceux aussi qui intéressent au plus haut degré la médecine mentale. La dégénérescence, pour l'auteur, est un état héréditaire de moindre perfection physique et morale, de déchéance de l'être tout entier, tendant à la stérilité et à l'extinction rapide de l'individu dégénéré et de ses descendants. La dégénérescence mentale (ou morale) représente seulement une partie du domaine de la dégénérescence en général, laquelle est révélée par des stigmates anatomiques, physiologiques, psychologiques et sociologiques. Dans sa thèse, l'auteur a limité son étude aux stigmates anatomiques et physiologiques, énumérant et analysant, parmi les premiers, toutes ces anomalies anatomiques décrites comme stigmates par les divers auteurs, et parmi les seconds les troubles fonctionnels des différents appareils. Il a intentionnellement ajourné l'étude des stigmates psychiques, mentionnant chemin faisant, à propos du système nerveux, les maladies nerveuses familiales, les tics, les névroses, les troubles thyroïdiens, et esquissant à propos des troubles du langage, ceux du graphisme. La thèse se termine par un chapitre sur les pseudo-stigmates anatomiques et physiologiques de la criminalité, l'auteur concluant de sa revue qu'il y a identité entre eux et les stigmates de la dégénérescence. Un index bibliographique méthodique considérable, limité pour éviter des redites aux travaux contenant eux-mêmes des indications secondaires et comprenant néanmoins 121 paragraphes, complète le travail et sera d'un grand secours à ceux qu'intéresse la question.

XV. — *Du rire et du pleurer spasmodiques*; par le Dr P. Casella. Th. Lyon. Décembre 1902. 72 pages.

Le rire et le pleurer ont leur centre réflexe dans la partie antérieure de la couche optique (Bechterew, Brissaud). Ce centre est soumis normalement à l'influence régulatrice de l'écorce

cérébrale qui s'exerce par l'intermédiaire des fibres contenues dans le segment antérieur de la capsule interne.

Le rire et le pleurer spasmodiques apparaîtront dans trois cas : 1° quand la voie inhibitive cortico-thalamo-bulbaire sera détruite : lésion destructive de la capsule interne; 2° quand cette voie sera irritée : lésion du putamen au contact du bras capsulaire antérieur; 3° quand le centre de la mimique sera directement irrité par une lésion siégeant dans le thalamus, au voisinage de la région antérieure qui est elle-même respectée. Les foyers sont bilatéraux mais non forcément symétriques, et les trois ordres de lésions peuvent coexister. Quant aux lésions corticales ou sous-corticales qui sont la cause du déficit intellectuel fréquent chez ces malades, elles n'auraient pas d'action déterminante sur l'apparition du rire et du pleurer spasmodiques. Ces données résultent, pour l'auteur, de la comparaison des observations publiées jusqu'ici, par Toulzac notamment, avec cinq observations inédites recueillies dans les services de MM. Devic et Pic.

Th. Taty.

Biografia di un bandito, *Giuseppe Musolino* (Biographie d'un bandit, Joseph Musolino) ; par les professeurs Morselli et de Sanctis. 1 vol. in-8°. Trèves frères, édit. Milan, 1903.

Ce copieux volume de plus de 400 pages, illustré de nombreux portraits, tableaux, cartes et schémas, n'est pas écrit, ainsi que le déclarent les auteurs, pour enrichir la littérature « musolinienne », déjà si débordante, mais bien « pour détruire la stupide légende qui s'est formée autour du bandit d'Aspromonte et d'effeuiller d'une main rendue sévère par la recherche scientifique, l'injuste couronne de laurier dont l'ignorance grossière des classes populaires, l'erreur apeurée des classes dirigeantes, ont entouré la sanguinaire figure de l'assassin ».

Désignés comme experts par le ministère public dans l'affaire Musolino, les deux distingués professeurs n'ont rien négligé pour éclairer leur sujet jusque dans ses moindres détails.

Pénétrés de cette idée que la « connaissance de l'homme et des actions humaines n'est pas enfermée dans les limites de l'artificielle recherche du laboratoire et de la clinique, mais s'acquiert et se complète dans l'étude de leurs rapports réels et expressifs avec la vie sociale », les professeurs Morselli et de Sanctis exposent, dans une série de chapitres documentés,

l'histoire de Musolino, sa personnalité physique, sa personnalité psychique et morale, ses antécédents familiaux, l'ambiance des actes de Musolino.

Ce dernier chapitre est une étude anthropologique fort intéressante sur la Calabre et sa population, sur la criminalité, les causes du délit « du sang », le brigandage et le banditisme, les associations (mafia et picciotteria), l'épilepsie en Calabre.

Les auteurs présentent un résumé synthétique des « caractéristiques », physique et psychique, de Mnsolino, suivi d'une étude générale d'ordre médico-philosophique sur la conception médico-légale de l'imputabilité, et en particulier de l'imputabilité des criminels épileptiques et de l'imputabilité de Musolino.

Le livre se termine, après une relation détaillée des débats de la Cour d'assises de Lucques, et un exposé des expertises médico-légales du ministère public et de la défense, sur le verdict du jury et la condamnation du fameux bandit.

Ces mœurs juridiques qui conduisent devant le jury deux partis de médecins experts opposés et transforment la Cour d'assises en conférence clinique contradictoire sont particulièrement curieuses.

L'affaire de Musolino met en présence, d'une part, les professeurs Morselli et de Sanctis (ministère public) et d'autre part les professeurs Bianchi et Patrizzi (défense).

Pour les uns comme pour les autres de ces éminents psychiatres, Musolino, qui a débuté dans le crime à l'âge de dix-sept ans, qui a été inculpé dans vingt-neuf affaires criminelles et qui se présente devant la cour d'assises de Lucques, âgé de vingt-six ans et chargé de onze chefs d'accusations d'homicides et d'assassinats, est un épileptique dont l'hérédité est particulièrement lourde, qui présente des signes de dégénérescence, qui a vécu dans une ambiance terrible. Tous les experts sont d'accord pour reconnaître que l'inculpé a accompli ses crimes avec conscience et non sous l'influence de manifestations psychiatriques, mais ils diffèrent dans leurs conclusions.

Tandis que les experts de la défense déclarent que « Musolino se trouve dans des conditions individuelles et familiales d'origine morbide, que le mécanisme de sa volition et de sa détermination est pathologique dans ses éléments et dans sa structure, que, par suite, il ne saurait être considéré comme complètement responsable ; les experts du ministère public, auteurs du livre dont nous venons de donner un trop court

résumé, prononcent que Musolino, exagération d'un type ethnique, « caractéristique, mais non aliéné ni dégénéré épileptique », a commis ses crimes avec cette pleine conscience et liberté que la loi pénale définit clairement et que pour cette raison, il doit être tenu comme complètement responsable.

R. Charon.

Études cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels; par le Dr Maurice Olivier. Br. in-8°. Paris, Jules Rousset, édit. 1903.

En un moment où les livres deviennent rares qui sont faits autrement qu'avec des livres, il faut savoir gré à M. Maurice Olivier, dans une question qui a beaucoup prêté à la bibliographie, d'avoir pris à tâche de se maintenir exclusivement sur le terrain clinique et d'avoir voulu, avant tout, nous donner un mémoire clinique.

Interne à l'asile de Blois, M. Olivier a eu occasion d'observer et de suivre dix-neuf aliénés réputés criminels : il les a examinés avec attention et de près, il a noté leurs gestes avec soin. Simplement il relate ce qu'il a vu, les faits dont il a été témoin; estimant qu'en pareille matière, les faits doivent être par eux-mêmes assez probants pour que, de leur exposé seul, les conclusions se déduisent, irréfutables.

Toutes les observations publiées par M. Maurice Olivier sont tirées de la pratique médico-légale de son maître, M. Doutrebente. Dix d'entre elles, soit 52 p. 100, se rapportent à des persécutés alcooliques; cinq à des « régressifs ou arriérés », idiots et imbéciles; les quatre dernières ressortissent respectivement à la paralysie générale, à la manie chronique, à la folie morale, à la démence précoce.

Tous les malades qui sont ainsi venus à l'observation de M. Maurice Olivier avaient commis au dehors les crimes et les délits les plus divers, souvent les plus graves (incendies, vols, homicides, attentats aux mœurs, etc.). Internés à l'asile, ils ne se distinguent en rien, « pratiquement ni cliniquement », de leurs congénères. « D'une façon générale, ils sont tous tranquilles et obéissants. Certains d'entre eux sont mêmes devenus plus calmes que les aliénés ordinaires. Ils semblent indifférents, quelconques, comme si leur acte criminel avait réalisé jadis le paroxysme de leur affection. » Plusieurs, s'occupant aux

champs ou dans les ateliers, jouissent d'une certaine liberté : aucun n'en a abusé, nul ne s'est évadé. Loin d'être pour l'asile une cause de trouble et de désordre, ils lui rendent des services appréciables : 63 p. 100 d'entre eux comptent parmi les travailleurs les plus assidus de la maison. Jamais au reste, — ceci pour répondre à un argument souvent produit, — jamais leur mélange avec les malades ordinaires n'a donné lieu de la part de quiconque à aucune réclamation.

Fort donc de cette expérience, M. Olivier ne peut croire à la nécessité d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels. D'après lui, la création de tels asiles « ne s'impose par aucune raison clinique, théorique, pratique, thérapeutique, morale, pécuniaire ».

L'asile actuel répond parfaitement aux besoins de cette catégorie de malades, à la double condition, — réalisée à Blois, — qu'il soit « désencombré » et pourvu d'un personnel de surveillance suffisant.

Quoi qu'on puisse penser de ses conclusions, on ne reprochera pas à M. Maurice Olivier d'avoir, en les proposant, sacrifié à l'opinion du jour. Ce sont, à l'heure actuelle, les idées exactement contraires à celles qu'il défend qui paraissent partout en faveur : dans les milieux aliénistes, dans les conseils du gouvernement, jusque dans le Parlement lui-même, — autant qu'on en peut juger tout au moins d'après la discussion confuse et mal amorcée qui s'engagea naguère autour de Gaillon. Tout cela, sans doute, M. Maurice Olivier le sait; et aussi, qu'à reprendre aujourd'hui l'argumentation des J. Falret, des Dagonet, des Legrand du Saulle, des Christian, il court grand risque « de paraître vieux jeu et de mériter l'épithète de ratiocineur ». Mais il n'en a souci ni cure. A ses yeux, les objections formulées jadis par ces maîtres contre les asiles spéciaux demeurent dans toute leur force; une observation plus prolongée et plus attentive ne peut qu'en confirmer le bien fondé. Même, à certains indices, il semble à M. Maurice Olivier qu'une réaction déjà se dessine et que les doctrines hier encore en vogue perdent aujourd'hui du terrain; le moment serait mal choisi aux adversaires des asiles-prisons pour déserter la lutte; ils n'ont pas encore perdu le droit d'espérer en un revirement de l'opinion. A eux donc de le provoquer. Aussi bien l'occasion ne saurait s'offrir plus favorable ni plus prochaine : la question de l'internement des aliénés criminels figure à l'ordre du jour du Congrès de Pau. Nul doute que les documents ver-

sés au débat par M. Maurice Olivier ne soient alors discutés comme ils méritent de l'être; et qui sait si, soutenues par M. Doutrebente avec la vigueur combative qu'il met toujours au service des causes qui lui sont chères, les idées dont il se réclame n'arriveront pas, — une fois encore, — à prévaloir?

GEORGES VERNET.

Os alienados nos tribunaes (Les aliénés devant les tribunaux); par le Dr Julio de Mattos. 1 vol. in-12, Tarares Cardoso et Irmao. Lisbonne, 1902.

Dans sa préface, le Dr de Mattos expose que jusqu'en 1899, il n'existait pas en Portugal d'enseignement médico-légal officiel et que depuis cette époque, si la création des « Conseils médico-légaux » a favorisé la formation d'un corps médical spécialement préparé pour éclairer la justice dans les problèmes si graves et si fréquents qui se posent au sujet des séquestrations, de la responsabilité criminelle, de l'interdiction et de la validité des actes, le Portugal n'en conserve pas moins « le déplorable privilège d'être le seul, entre tous les pays, dépourvu d'enseignement psychiatrique ».

« En considérant cette situation singulière et fâcheuse, dit l'auteur, nous avons eu l'idée qu'il ne serait peut-être pas inutile aux étudiants et aux praticiens de lire, avec les commentaires qu'ils comportent, les rapports que nous avons été appelé, soit comme membre du Conseil médico-légal de Porto, soit comme consultant, à présenter sur un certain nombre d'affaires criminelles, d'interdiction ou de validité d'actes intéressant les aliénés. »

Ce petit livre, bien ordonné, portant en vedette les portraits des sujets examinés, est annoncé comme le premier d'une série. Il faut espérer que le Dr de Mattos donnera suite à son projet. Ses relations d'expertise, d'une analyse judicieuse et d'une déduction sûre, sont d'une lecture utile, même dans les pays qui sont plus ou moins pourvus d'enseignement psychiatrique.

L'ouvrage est divisé en deux parties : cas criminels, cas civils. La première partie comprend neuf observations de crimes contre les personnes et trois observations de crimes contre la propriété, dans lesquelles se déroulent les tableaux clinique et criminel habituels : homicide, viol, violences, insultes, incen-

dies et vols, — manie transitoire, épilepsie essentielle, démence avec paronoïa, mélancolie, idiotie, imbécillité et dégénérescence.

La deuxième partie se compose de cinq observations concluant dans deux cas à l'interdiction pour mélancolie avec syndrome de Cotard, dans trois cas à l'invalidité d'actes testamentaires pour démence sénile et hémorragique.

Toutes ces observations sont également intéressantes au point de vue clinique; mais celles qui se rapportent aux cas criminels méritent une attention spéciale en raison des sanctions auxquelles elles conduisent et des considérations sociales qu'elles suscitent. Dans tous les cas, le Dr de Mattos conclut à l'irresponsabilité pénale.

Dans un cas (obs. I), homicide par un maniaque alcoolique ne présentant plus de troubles au moment de l'examen, l'expert reste muet sur la questien d'internement.

Pour d'autres sujets : homicide par un épileptique (obs. II), violences corporelles par un paronoïque et un imbécile (obs. V et VI), les conclusions comportent la séquestration définitive.

Certains autres, idiots, imbéciles ou dégénérés, sont justiciables de l'internement à temps, ou de simple surveillance au dehors.

Cet ordre de conclusions qui limitent dans le temps et dans la quantité le pronostic et le degré de nocivité des aliénés criminels (conclusions qui dans certains pays sont sanctionnées par le jugement des tribunaux et qui sont de nature à entraîner la liberté professionnelle des médecins d'asiles), pourrait prêter matière à critiques intéressantes : il impose tout au moins une remarque particulière.

R. Charon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— L'Assistance des aliénés. Compte rendu du Congrès international de l'Assistance des aliénés (1902); par le Dr Jules Morel. 20 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-chirurgicales du Hainaut*, 1903.

— Hommage au professeur Brouardel, 18 janvier 1903. 43 pages in-8°. Paris. J.-B. Baillière et fils, 1903.

— Les phénomènes de suggestion et d'auto-suggestion, précédés d'un essai sur la psychologie physiologique; par le Dr L. Lefèvre. 294 pages in-8°. Bruxelles, Henri Lamertin, 1903.

— L'imagination; par L. Dugas. 1 vol. in-18 (360 pages) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale.* Paris, O. Doin, 1903.

— J.-J. Rousseau; par le Dr P. J. Möbius. 1 vol. in-8° de 312 pages. Leipzig, Johann Ambrosius. Barth 1903.

— Forty-fifth annual report of the general board of commissionners in Lunacy for Scotland. 170 p. in-8°. Glasgow, 1903.

— Les parfums magiques; par E.-N. Santini de Riols. 1 vol. in-12 de 208 pages. Paris, L. Genonceaux et Cie, 1903.

— Résultats de la rééducation dans le traitement des troubles du mouvement; par le Dr Maurice Faure. 34 pages, in-8°. Paris, Octave Doin, 1903.

— The eleventh annual report of the Sheppard and Enoch Pratt hospital for mental and nervous diseases. 34 pages in-8° avec planches, s. l. n. d.

— Sur la présence d'albumines coagulables par la chaleur dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux; par Georges Guillain et Victor Parant. 6 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, 30 avril 1903.

— Fébricitants délirants pris pour des aliénés. De la température du corps dans quelques maladies mentales; par le Dr C. Rougé. 51 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mai à juin 1903.

— Sulla delinquenze e sulla pazzia dei militari. Ricerche; par le Dr Filippo Safurito. Avec une préface du prof. Gaspare Virgilio. 1 vol. in-8° de 218 pages. Napoli, 1903.

— The Massachusetts general hospital. Eightyninth annual report of the trustees. Ports relating to the Mc Lean hospital at Waverley, 1902. 109 pages in-8° avec planches. Boston, 1903.

— Notice sur les titres et travaux scientifiques du Dr A. Antheaume. 40 pages in-8°. Paris, Vigot frères, 1903.

— Extensive cavity formation in the central nervous system, presumably due to bacillus aerogenes capsulatus; par le Dr Emma W. Mooers. 7 pages in-8° avec planches. Extrait de *Boston medical and surgical Journal*, mars 1903.

— Ueber Ergebnisse elektrischer Untersuchungen bei Paralysis progressiva und Dementia senilis; par le Dr Alexandre Pilcz. 19 pages in-8°. Extrait du *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, 1903.

— Un cas de sclérose symétrique des lobes cérébraux; par le Dr L. Marchand. 8 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mars-avril 1903.

— L'Assistance familiale; par Emile Mahé. 26 pages in-8°. Paris, 1903.

— Report of the medical superintendant of the Quebec insane asylum for the year 1901 to the honourable provincial secretary. 37 pages in-8°. Québec, 1902.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1902 ; par les D[rs] A. Giraud, médecin-directeur, Trénel et Hamel, médecins-adjoints. 26 pages in-8°. Rouen, 1903.

— A case of primary osteoma of the brain; par le D[r] G. W. Thomson Walker. 17 pages in-8°. Extrait des *Reports of the Society for the study of disease in Children*, 1902.

— Diagnostic différentiel de l'épilepsie; par le prof. Kowalevsky, de Saint-Pétersbourg. 27 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, 1903.

— Fifty second annual report of the state lunatic hospital at Harrisburg, Penns., for the year ending september 30, 1902. 70 pages in-8°. Harrisburg, 1903.

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1902 ; par le D[r] Lallemant, directeur-médecin. 23 pages in-8°. Rouen, 1903.

— Som notes on the opium habit and its treatment ; par le D[r] Smith Ely Jelliffe. 13 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of the medical sciences*, mai 1903.

— Le goût ; par le D[r] L. Marchand, médecin-adjoint de l'asile de Blois. 1 vol. in-18 (360 pages avec 33 figures dans le texte) de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1903.

— L'assistance des aliénés criminels au point de vue législatif. Communication au XIV[e] Congrès international de médecine ; par le D[r] Julio de Mattos. 16 pages in-8°. Porto, 1903.

— Asile de Blois. Rapport médical et compte moral administratif pour l'année 1903 ; par le D[r] Doutrebente, directeur-médecin en chef. 54 pages in-8°. Blois, 1903.

— Pennsylvania Hospital. Annual report of the department for the insane for the year ending fourth month twenty-third nineteen hundred and three. 37 pages in-8° avec planches. Philadelphia, Penna, 1903.

— Asile de Dijon ; Rapport médical, compte moral et administratif pour l'année 1902 ; par le D[r] Garnier, directeur-médecin en chef. 92 pages in-8°. Dijon, 1903.

— L'Année psychologique, publiée par A. Binet, H. Beaunis, V. Henri et Th. Ribot. 9[e] année, 1902. 1 vol. in-8° de 666 pages. Paris, Reinwald, 1903.

— Un cas de paralysie générale juvénile. Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale ; par le D[r] Gaston Lalanne. 16 pages in-4° avec planches. Bordeaux, 1903.

— Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes.

XIIe session (Grenoble, août 1902). Comptes rendus publiés par le Dr J. Bonnet, secrétaire général. 2 vol. in-8° p. 395 + 484. Paris, G. Masson, 1902.

— Gœthe; par P. J. Möbius. 2 vol. in-8°, p. X, 265+261. Leipzig, J. A. Barth, 1903.

— Le mouvement; par R. S. Woodworth. Traduit d'après le manuscrit de l'auteur, par le Dr Elvire Samfiresco. 1 vol. in-18 de 425 pages avec 15 figures dans le texte, de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale.* Paris, O. Doin, 1903.

— The seventy-sixth annual report of James Murray's Royal Asylum, Perth, 55 p. in-8°. Perth, 1903.

— Conférences faites au personnel de l'asile de Bassens snr les soins à donner aux aliénés; par le Dr Levet, médecin-adjoint. 63 pages in-12. Chambéry, 1903.

— Forty-third annual report of the medical superintendent of the Matteawan State hospital, for the year ending september 30, 1902. 66 pages in-8° avec planches, 1903.

— La psicologia del « dépeçage » criminal; par le Dr Nina Rodriguez. 38 pages in-8°. Extrait des *Archives de psiquiatria y criminalogia,* juillet 1903.

— Les alcoolisés non alcooliques. Etude psycho-physiologique et thérapeutique sur l'intoxication alcoolique latente : alcoolomanie; par le Dr Dromard. 183 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1902.

— Twenty-fourth annual report of the superintendent of the Binghamton State hospital at Binghampton, N. Y., to the Commission in Lunacy for the year ending september 30, 1902. 65 pages in-8°. Albany, 1903.

— Les mystiques devant la science, ou Essai sur le mysticisme universel; par L. Revel. 155 pages in-18. Paris, Lucien Bodin, 1903.

— Ulteriori ricerche sulla dieta ipoclorurata nella cura bromica della epilessia; par les Drs L. Cappelletti et A. d'Ormea. 20 pages in-8°. Foligno, 1903.

— Die Migräne; par le Dr P. J. Möbius, de Leipzig. 2e édition. 113 pages in-8°. Wien, Alfred Hölder, 1903.

— Seventh annual report of the Manhattan state hospital at New-York, to the State Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1902. 106 pages in-8° avec planches. Albany, 1903.

— Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses; par le Dr Trénel. Rapport présenté au XIIIe Congrès annuel des aliénistes et neurologistes, 146 pages in-8°. Bruxelles, 1903.

— Neurologic progress and prospects; par le Dr F. W.

Langdon, de Cincinnati. 19 pages in-8°. Extrait du *Journal of the American medical Association*, juillet 1903.

— Gœthe und die Geschlechter; par le Dr P. J. Möbius, de Leipzig. 90 pages in-8°. Halle a. d. S., Carl Marhold, 1903.

— L'oreille moyenne, ses affections, sa chirurgie; par le Dr L.-G. Roy. 188 pages in-8°. Paris, Librairie médicale, 1903.

— Catatonie et stupeur; par le Dr A. Claus. Rapport présenté au XIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes. 131 pages in-8°. Bruxelles, 1903.

— The seventy-ninth annual report of the officers of the Retreat for the insane at Hartford, Conn. April, 1903. 30 pages in-8° avec planches. Hartford Press, 1903.

— Histologie de la paralysie générale; par le Dr Klippel. Rapport présenté au XIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes. 128 pages in-8°. Bruxelles, 1903.

— La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale; par le Dr L.-E. Leredde. 141 pages in-8°. Paris, C. Naud, 1903.

— Tenth biennial report of the Wisconsin State hospital for the insane Mendota, Wis., for the twenty-one month period ending june 30, 1902. 38 pages in-8° avec planche. Madeson, Wis., 1903.

— Etudes cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels; par le Dr Maurice Olivier. 116 pages in-8°. Paris, Jules Rousset, 1903.

— Pathologie mentale des rois de France. Louis XI et ses ascendants. Une vie humaine étudiée à travers six siècles d'hérédité (852-1483); par Auguste Brachet. 1 vol. in-8° de 694 pages. Paris, Hachette et Cie, 1903.

— The genesis of epilepsie; par le Dr Louise G. Robinovitch. Part. I. 37 pages in-8°. Extrait du *Journal of mental pathology*. s. d.

— L'Histoire interrompue; par le Dr P. Max Simon. 1 vol. in-32 de 213 pages. Dijon, Imprimerie Darantière, 1903.

— Locura del embarazo; par les Drs Eliseo Canton et José Ingegnieros, de Buenos-Aires. 14 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina médica*, septembre 1903.

— Hipnotismo y suggestion. Analisis critico de las doctrinas de Grasset; par le Dr José Ingegnieros. 15 pages in-8°. Extrait des *Anales del circulo medico Argentino*, avril 1903.

— Annual report of the Superintendent and treasurer of the Manhattan State hospital at central islip to the state Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1902. 52 pages in-8°. Albany, 1903.

— Thirty-second annual report of the Buffalo state hospital

for the state Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1902. 63 pages in-8°. Albany, 1903.

— La nevrastenia; par le Dr Luigi Cappelletti. 1 vol. in-18 (490 pages) des *Manuali Hœpli*. Milan, Ulric Hoepli. 1904.

— Aromatici a nervini nell'alimentazione; par le Dr Adriano Valenti, de Pavie. 1 vol. in-18 (318 pages) des *Manuali Hœpli*. Milan, Ulrico Hœpli, 1904.

— Regulamento para o serviço medico-legal po districto federal, elaborado pelo Dr Afranio Peixodo. 38 pages in-8°. Rio-de-Janeiro, Imprensa nacional, 1903.

— Die progressive Myoklonus-Epilepsie (Unverricht's Myoklonie); par le Dr Herman Lundborg, privat-docent de psychiatrie et de neurologie à Upsal. 207 pages in-8° avec planches. Upsala, Almquist et Wiksell, 1903.

— Vieille maison; par le Dr Châtelain. 1 vol. in-12 de 311 pages. Neuchâtel, Attinger frères, s. d.

— Le langage intérieur et les paraphasies (La fonction endophasique); par le Dr G. Saint-Paul. 1 vol. in-8° (316 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1904.

— Enfermerie diocésaine ou primitif asile d'aliénés d'Albi fondé en 1763 par Monseigneur de Choiseul; par le Dr B. Pailhas, médecin en chef de l'asile d'aliénés du « Bon Sauveur » d'Albi. 16 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société française d'Histoire de la médecine*, 1903.

— Le Plaisir d'aimer. Roman; par Jeanne Leroy. 1 vol. in-18 de 344 pages. Paris, Ernest Flammarion, s. d.

— Influence de l'estomac sur l'état mental et les fonctions psychiques; par le Dr Lucien Pron. 2e édit. complètement remaniée. 189 pages in-18. Paris, Jules Rousset, 1904.

— Das Vorkommen und die Bedeutung des Cholins in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Epilepsie und organischen Erkrankungen des Nervensystems, nebst weiteren Beiträgen zu Chemie derselben; par le Dr Julius Donath, de Budapest. 19 pages in-8°. Extrait du *Hoppe-Seiler's Zeitschrift für physiologische Chemie*, 1903.

— Psychoses constitutionnelles; par le Dr F.-L. Arnaud, 321 pages in-8°. Extrait du *Traité de Pathologie mentale* publié sous la direction du Dr Gilbert Ballet. Paris, 1903.

— Principes de psychologie individuelle et sociale; par Carlos-Octavio Bunge. Traduit de l'espagnol avec une préface par Auguste Dietrich. 1 vol. in-16 de 250 pages. Paris, Félix Alcan, 1903.

— Esquisse d'un système de psychologie rationnelle. Leçons de psychologie rationnelle. Leçons de psychologie; par Emile Lubac. Préface de Henri Bergson. 1 vol. in-8° (248 pages) de

la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1904.

— Les phénomènes psychiques. Recherches, observations, méthodes ; par le Dr J. Maxwell. Préface du prof. Ch. Richet. 1 vol. in-8° (319 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1903.

— Le psicosi epatiche; par le Dr Luigi Mongin, de Constantinople. 28 pages in-8°. Milan, 1903.

— Psychiatrie. Ein Lehrbuch fur Studirende un Aerzte; par le Dr Emil Kraepelin, professeur de l'Université de Munich. I Band. Allgemeine Psychiatrie. 1 vol. in-8 de 478 pages. Leipzig, Ambrosius Barth, 1903.

— Mécanisme et éducation des mouvements; par G. Demeny. 1 vol. in-8° (523 pages avec 565 fig. dans le texte) de la *Bibliothèque scientifique internationale*. Paris, Félix Alcan, 1904.

— Traité de pathologie mentale, publié sous la direction du Dr Gilbert Ballet, par les Drs D. Anglade, F.-L. Arnaud, H. Colin, E. Dupré, A. Dutil, G. Roubinovitch, J. Séglas et Ch. Vallon. 1 vol. in-4° de 1600 pages avec 215 fig. dans le texte et 6 planches en chromolithographie hors texte. Paris, O. Doin, 1903.

— Compte général de l'Administration de la justice criminelle pendant l'année 1901, présenté au Président de la République par le Garde des Sceaux, ministre de la justice (France-Algérie-Tunisie). 1 vol. in-folio de 172 pages. Paris, Imprimerie nationale, 1903.

— Des accidents cérébraux consécutifs à la ligature de l'artère carotide primitive; par le Dr Jacques Lestelle. 119 pages in-8°. Paris, Jules Rousset, 1903.

— Guida all'esame antropologico del deficiente. Lezioni per insegnanti, avvocati e magistrati; par le Dr B. G. Selvatico Estenze. 45 pages in-18. Torino, Paravia e Comp., 1903.

— Essai de diagnostic entre les états de débilités mentales; par le Dr Henri Damaye. 160 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1903.

— Les hystériques accusatrices; par le Dr Paul Garnier. 44 pages in-8°. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1903.

— Principessa, truffatrice o pazza? par le Dr Selvatico Estenze. 12 pages in-8°. Extrait de la *Scuola positiva*, octobre 1893.

— Ancora sull'istruzione tecnica degli infirmieri; par le Dr Selvatico Estenze. 8 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1903.

— Un fléau social: l'alcoolisme; par le Dr Legrain. 36 pages in-18 avec nombreuses figures dans le texte, de la

Bibliothèque scientifique des écoles et des familles. Paris, Henri Gautier, s. d.

— Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. Publié sous la direction des D^rs^ Ed. Flatau, E. Mendel et L. Jacobson. Sixième année (1902). 1 vol. in-4° de 1334 pages. Berlin. S. Kargen, 1903.

— Extracts from the writings of Wilhelm Griesinger, a prophet of the newer psychiatry; par. le Dr Frank R. Smith. 51 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*. 1903, n°s 1 et 2.

— Simulacion de la locura ante la Sociologia criminal y la clinica psiquiatrica, precedido por un estudio sobre la simulacion en la locura por la vida en el orden biologico y social; par le Dr José Ingegnieros. 1 vol. in-8° de 500 pages. Buenos-Aires. Edit. *La Semana médica*, 1903.

— Asile de Marseille. Section des femmes. Statistique et rapport médical pour l'année 1902; par le Dr Boubila, médecin en chef. 16 pages in-folio. Marseille, 1903.

— De la situation des aliénés dans le Comtat-Venaissin et dans Vaucluse (1680-1901); par le Dr P. Duhamel, ancien interne de l'asile de Montdevergues. 96 pages in-8°. Thèse de Montpellier, 1903.

— The fourteenth international medical Congress at Madrid. Report as delegate of the american medico-psychological Association; par le Dr A. E. Macdonald, de New-York. 23 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1903, n° 1.

— Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique; par les Drs H. Hallopeau et E. Apert. 6e édition revue et augmentée. 1 vol. in-8° de 952 pages, avec 192 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1904.

— Forty-fourth annual report of the board of directors and superintendant of Langview hospital, Carthage, Ohio, to the governor of the state of Ohio, for the year 1903. 71 pages in-8°. Cincinnati, 1903.

— La circulation du liquide céphalo-rachidien; par le Dr F. Cathelin. 38 pages in-8°. Extrait de la *Presse médicale*, novembre 1903.

VARIÉTÉS

Nominations et Promotions

— *Décret du* 31 *décembre* 1903 : Sur la proposition du grand chancelier de l'ordre de la Légion d'honneur, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. Lapointe (Pierre-Félix), docteur en médecine, directeur-médecin honoraire des asiles publics d'aliénés ; 40 ans de services

— *Décret du* 30 *décembre* 1903 : Sur la proposition du ministre de l'Agriculture ont été nommés chevaliers du Mérite agricole, MM. les Drs Bourneville, médecin de Bicêtre, et Germain Cortyl, médecin-directeur de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du* 31 *décembre* 1903 : M. le Dr Castin (Pierre-Paul), médecin-adjoint à l'asile public de Mont-devergues (Vaucluse), est nommé officier d'Académie.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du* 2 *janvier* 1903 : M. le Dr J. Roubinovitch, médecin suppléant de la Salpêtrière, a été nommé officier de l'Instruction publique.

— *Arrêtés de décembre* 1903 : M. Grisez, directeur de l'asile du Mans, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8000 francs) ;

M. Lesvier, directeur de l'asile de Clermont (Oise) ; MM. les Drs Dagonet, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne ; Sérieux, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard ; Pactet et Toulouse, médecins en chef à l'asile de Villejuif, sont promus à la 1re classe de leur grade (7.000 francs) ;

M. le Dr Anglade, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, est promu à la 2e classe de son grade (6.000 francs).

M. le Dr Masselon, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées).

CONCOURS SUR TITRES POUR LA NOMINATION A UN POSTE DE MÉDECIN SUPPLÉANT DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON.

Par arrêté ministériel en date du 4 janvier 1904, un concours sur titres est ouvert pour la nomination à un poste de médecin suppléant de la maison nationale de Charenton.

Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat.

Leur demande avec indication précise du domicile et de la fonction actuelle devra être adressée ou déposée, *du* 15 *au* 31 *janvier* 1904, au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), où seront réunis tous les renseignements relatifs à l'emploi dont il s'agit.

Cette demande devra être accompagnée :

1° Du diplôme de Docteur en médecine ou d'un certificat en tenant lieu.

2° D'un exposé des états de service, des titres et des travaux scientifiques du candidat, avec pièces justificatives ;

3° D'une pièce faisant la preuve de l'accomplissement des obligations militaires.

Le jury de ce concours était ainsi composé : MM. Debove, doyen de la Faculté de médecine, *président* ;

Christian, médecin de la maison nationale de Charenton ;

Defert, avocat, membre de la Commission consultative de la Maison nationale de Charenton ;

Joffroy, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine ;

Ogier, inspecteur général au ministère de l'Intérieur ;

Renault, médecin des hôpitaux ;

De Saint Sauveur, chef de bureau au ministère de l'intérieur.

Cette commission s'est réunie les jeudis 4 et 18 février 1904. Douze candidats ont envoyés leurs titres qui ont été examinés. Le choix de la Commission s'est porté sur M. le Dr Antheaume, ancien chef de la Clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris.

LES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES AU BRÉSIL

Jusqu'à ces derniers temps, par le fait d'une réglementation insuffisante ou de pratiques invétérées, empreintes d'une négligence tous les jours plus grande, les expertises médico-légales ne rendaient ni à la justice ni à la société brésiliennes tout ce

que celles-ci étaient en droit d'en attendre. Aussi, voulant remédier à cet état de choses, le Président de la République homologuait-il, le 15 juin 1903, un décret par lequel les praticiens chargés d'accomplir une mission judiciaire seraient tenus, désormais, de suivre strictement au cours de leur mandat un règlement ou guide officiel annexé au dit décret. Ce guide, minutieusement détaillé, est l'œuvre de notre collègue Afranio Peixoto, médecin en chef de l'asile national de Rio-de-Janeiro. Il constitue une brochure de trente pages, en caractères très denses, et suit d'une façon méthodique, tant sur le vivant que sur le cadavre, tous les points, tous les organes, tous les procédés, toutes les méthodes qui dans les diverses circonstances où intervient le médecin légiste, doivent attirer l'attention ou seconder les investigations de celui-ci. Un des chapitres de l'ouvrage nous intéresse particulièrement, celui qui ouvre la série par l'*Examen médico-légal des aliénés*. Vouloir analyser semblable rédaction où chaque mot séparé du suivant et du précédent par un point et virgule, constitue une indication précise et diverse, serait tenter l'impossible. Qu'il nous suffise de dire que rien n'y paraît oublié et qu'une observation dressée d'après ces principes serait remarquablement complète. Il serait même à souhaiter que les élèves libres ou internes, fussent, de bonne heure, habitués dans leurs examens de malades, à une pareille discipline, bien propre à faire d'eux d'excellents psychiatres. E. N.

LES ENFANTS NERVEUX

La question de l'éducation rationnelle de l'enfance préoccupe les pédagogues, les jurisconsultes et le public aussi vivement de l'autre côté des Alpes que chez nous, et, sur ce terrain, le criminaliste italien bien connu, M. Lino Ferriani, se rencontre en tous points avec le Dr Le Gendre.

On se rappelle que, dans le rapport qu'il a présenté au Congrès d'hygiène scolaire, le savant médecin français a demandé qu'on appliquât la science médicale au développement de l'enfance et de la jeunesse. Si le vœu du Dr Le Gendre était exaucé, la réforme radicale de notre système d'éducation serait accomplie, et il est facile d'en prévoir toute la portée. Lorsqu'on s'occupera scientifiquement de l'enfance, en lui appliquant des méthodes rationnelles, on pourra facilement rectifier les tendances morbides qui, chez l'adulte, sont irrépressibles et conduisent aux pires délits.

Ogn' erba si conosce per la seme.

« Toute herbe se reconnaît à sa semence », a chanté Dante.
S'inspirant de cette vérité proclamée par son poète favori,

le procureur du roi Victor-Emmanuel à Como, M. Lino Ferriani, au lieu de se confiner dans son rôle d'accusateur, met à profit sa situation pour scruter les causes de la criminalité, et pour montrer que les fautes des adultes sont contenues en germes dans le tempérament individuel de l'enfant, et que les actions perverses de l'âge mûr ne sont souvent que le développement logique de fâcheuses habitudes contractées dans les premières années de la vie.

Nul n'est mieux placé que M. Ferriani pour étudier la marche progressive des mauvais germes qui poussent librement. Depuis de nombreuses années, il s'attache à pénétrer dans l'existence des centaines de criminels qui passent entre ses mains, il s'enquiert de la manière dont leur enfance s'est passée et s'inquiète de ce que deviennent les enfants qu'ils procréent et lèguent à la société.

Il a consigné ses observations dans des ouvrages d'une haute portée morale et d'une lecture facile et attrayante comme, *I drammi dei fauciulli*, *Nel mondo dell' Infanzia*, *Delinquenza precoce e senile*.

Dernièrement M. Ferriani a publié dans la *Nuova Antologia* une statistique des enfants nerveux, éminemment suggestive, et qui apporte des chiffres incontestables à l'appui de la thèse soutenue par le D^r Le Gendre. Nous sommes heureux de voir que ce projet de médecine scolaire, qui a fait son chemin en France, lancé par de généreux initiateurs, compte aussi à l'étranger beaucoup de partisans résolus.

« S'il n'existait pas dans les familles modernes, dit M. Ferriani, un système d'éducation absurde, qui est la négation d'une psycho-physiologie infantile saine et rationnelle, beaucoup de parents s'épargneraient *à temps* des douleurs et des larmes, parce qu'ils auraient su prévenir *à temps* ou tout au moins mitiger les manifestations nerveuses morbides qui éclatent dans certains actes de leurs enfants.

« Il faut que le médecin intervienne au moment opportun, et qu'il soit secondé quotidiennement par la mère, afin d'étudier et de surveiller chaque geste infantile pour surprendre ceux qui dénotent la moindre trace de nervosité. »

Or, d'après les recherches auxquelles M. Ferriani s'est livré personnellement et d'après les observations qui lui ont été communiquées par des amis et des personnes obligeantes, il résulte que les enfants nerveux sont dans la proportion de 39 p. 100. C'est, comme on le voit, un chiffre effrayant, mais qui ne doit point nous surprendre, après tout ce que nous savons déjà du nervosisme des générations actuelles.

La nervosité n'est-elle pas la maladie dominante du XIXe siècle !

« La vie de famille, continue M. Ferriani, ne nage pas dans les eaux calmes ; beaucoup de causes, les unes fatales, d'autres voulues, la maintiennent dans l'agitation et l'inquiétude. Il est difficile de procréer actuellement des enfants parfaitement sains, et c'est encore plus difficile pour ceux qui doivent lutter pour la vie. »

M. Ferriani a observé 200 enfants et il en a trouvé parmi eux 78 environ affectés de nervosité dans les proportions suivantes : 30 manifestations très légères, 20 manifestations légères, 10 accentuées, 4 très accentuées, 6 intermittentes et les autres 8 constantes et à différents degrés.

Ainsi, chez ces 78 enfants, on a pu relever une tendance à se quereller pour rien, des caractères rageurs et mesquins, de l'insolence envers les maîtres, de la violence allant jusqu'à se blesser soi-même dans des accès de rage. Chez d'autres, l'on trouve une prédilection pour les mots obscènes, la passion des boissons alcooliques (on a trouvé ce penchant parmi les 28 enfants nerveux à l'excès). D'autres souffraient d'analgésie psychique, avaient une tendance à déchirer leurs vêtements, ne pouvaient supporter la moindre discipline sous aucune forme, en venaient facilement aux mains et, enfin, manifestaient une irascibilité nerveuse excessive, accompagnée de tremblements et de vomissements.

Tous ces enfants, libres de tout contrôle médical, étaient mélangés avec leurs camarades sains, sans que leur nature individuelle fût en quoi que ce soit modifiée par ce contact ; tandis qu'au contraire ce sont eux qui entraînaient fréquemment à des actes morbides des enfants sains, poussés par l'instinct d'imitation si puissant à cet âge.

La statistique de la condition sociale des parents des 78 enfants nerveux ne manque pas non plus d'intérêt. Ils appartiennent, du reste, aux classes les plus diverses de la société.

Ainsi M. Ferriani a relevé parmi ces parents : 10 agents de change, 4 journaliers cultivateurs, 1 entrepreneur de travaux de mines, 1 riche rentier oisif, 1 riche industriel, 3 commerçants, 1 impresario, 1 joueur effréné très riche, 1 riche alcoolique, 4 avocats, 1 militaire, 1 riche gradé retraité, 4 négociants en vins, 2 restaurateurs, 1 chanteur, 2 bouchers, 1 mineur, 1 maréchal-ferrant, 3 artistes dramatiques, 2 employés de chemins de fer, 4 aubergistes, 3 artistes peintres, 6 médecins, 1 médecin de campagne, 1 magistrat, 1 riche propriétaire, 4 petits propriétaires, 1 danseur du corps de ballet, 1 maître d'école primaire, 1 homme de lettres, 1 journaliste, 1 reporter, 1 distillateur, 1 geôlier, 1 maître d'escrime, 1 libraire, 1 contre-maître de mines, 1 employé de la Bourse.

Deux des 78 enfants nerveux étaient de pères inconnus...

Il ressort nettement de cette statistique, que la situation sociale et la position pécuniaire des parents n'influent pas au premier chef sur la constitution morbide de l'enfant, et que les causes du nervosisme de nos petiots sont éminemment individuelles. Ce fait apporte encore une confirmation à la thèse du Dr Le Gendre.

Assurément, l'hérédité joue un rôle prépondérant dans le nervosisme infantile. La plupart des petits alcooliques doivent leurs penchants à la prédilection de leurs parents pour *la verte.* Et qui sait si le tremblement nerveux et les vomissements, les paroxysmes de colère dans lesquels l'enfant met ses vêtements en pièces, l'indiscipline incoercible et la brutalité envers les camarades, ne coulent pas de la même source empoisonnée? Mais ces tendances observées par un médecin-expert dès leurs plus fugitives manifestations peuvent certainement être combattues, et, sinon vaincues, tout au moins sensiblement atténuées.

Les criminalistes seront tous d'accord pour approuver la « Ligue des médecins et des familles », et si elle arrive à remplir son programme, à créer dans les principales villes de province des comités qui obtiendront des autorités locales les améliorations urgentes, qui organiseront des excursions, des promenades, des colonies scolaires, des jeux athlétiques, qui propageront partout des notions d'hygiène, nous pouvons compter que le nombre des enfants nerveux décroîtra en peu de temps.

Nous ne serons plus attristés par cette sinistre statistique de la dégénérescence infantile, la plus lamentable qui soit, car non seulement elle constate un présent désastreux, mais fait pressentir un avenir encore plus lamentable.

Il est donc à souhaiter que la généreuse initiative du Dr Le Gendre trouve partout l'appui nécessaire...

N'oublions pas d'ailleurs que l'idée du Dr Le Gendre a pour parrains Rabelais, Montaigne et Jean-Jacques Rousseau!

MICHEL DELINES.

(Le *Petit Temps,* numéro du mardi 19 janvier 1904.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

13. *Une délirante mystique.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 5 décembre 1903) :

Un rentier, homme calme et prudent, M. Martin, demeurant rue Delambre, avait pour bonne une bretonne mystique, Jeanne Bossonnet, âgée de dix-sept ans, qui correspondait avec le bon Dieu.

Cette fille écrivait au Père Éternel de longues missives dans lesquelles son état d'âme s'étalait naïvement. Quelques-unes de ces lettres devaient parvenir au ciel, car toutes n'étaient pas retournées à l'envoyeur. Ce fut une fois, une seule, que M. Martin reçut une lettre que l'administration lui renvoyait. Elle portait comme suscription : « A notre Père Éternel, le bon Dieu, au ciel, porte à gauche. »

M. Martin lut la lettre et se tint sur ses gardes, surveillant la pauvre Bretonne au cerveau troublé. Avant-hier, dans la nuit, comme elle était livrée à elle-même — pouvait-il décemment la surveiller à ce moment? — la servante hallucinée se crut appelée par les anges au-delà de notre monde. Elle quitta son lit, vêtue d'une blanche chemise, comme les archanges des tableaux; elle enjamba la barre d'appui de la fenêtre. La terre la recueillit, en quel état, bon Dieu! — les jambes et un bras cassés. On la transporta à l'hôpital Cochin, où elle dut subir une triple amputation. On n'espère guère la sauver.

14. *Tentative d'homicide et de suicide*. — On lit dans le *Journal* (numéro du samedi 12 décembre 1903) :

Jules J..., cuisinier, âgé de vingt-six ans, au service de M. N..., 50, rue des Tuileries, à Vincennes, était occupé, hier, à préparer le repas du matin, quand, pris soudain de folie furieuse, il s'élança sur les domestiques, armé d'un revolver et d'un couteau à découper, en criant :

— Je suis le chef cuisinier de l'empereur du Sahara, et je ne saurais vous permettre de railler plus longuement mon auguste maître. Vous allez mourir! Avec vos corps, j'offrirai la diffa aux nègres du royaume!

On tenta de désarmer le pauvre dément qui, se dégageant brusquement, se porta trois coups de couteau dans la poitrine.

Il a été transporté à l'infirmerie du Dépôt. Son état est désespéré.

15. *Incendie*. — Un ouvrier ébéniste, Paul M..., quarante-six ans, demeurant rue de Paris, 129, à Montreuil, employé chez un marchand de meubles de la rue de Montreuil, à Paris, donnait, depuis quelque temps, des signes de dérangement cérébral.

Subitement, hier matin, il mit le feu dans un tas de copeaux qui se trouvait dans l'atelier : un commencement d'incendie se déclara, mais put être rapidement éteint.

M... fut conduit devant M. Dumas, commissaire de police du quartier Sainte-Marguerite, où il commença ses divagations.

— Oui, s'écriait-t-il, j'ai voulu brûler la boîte et les patrons... Ils me doivent dix ans d'appointements!...

Le commissaire fit passer aussitôt une dépêche à Montreuil et mandat d'urgence la femme du dément.

Lorsque Mme M... se présenta, son mari la regarda très curieusement, puis se mit à éclater de rire :

— Non, il ne faut pas me la faire!... Ça, ma femme!... Je suis marié avec un squelette!!!

Le pauvre fou a été envoyé à l'infirmerie spéciale. (Le *Journal*, numéro du samedi 12 décembre 1903.)

16. *Menaces de mort*. — Vers neuf heures du soir, hier, boulevard Bonne-Nouvelle, un cocher de fiacre, nommé J. Bertrand, devenu subitement fou sur son siège, s'est armé d'un revolver et d'un poignard et en a menacé les paisibles passants qui se trouvaient à sa portée.

On a eu toutes les peines du monde à désarmer le pauvre insensé, qui fut conduit d'abord au poste central de la mairie Drouot, et, de là, à l'infirmerie spéciale, par les soins de M. Duponnois, commissaire de police. (Le *Journal*, numéro de samedi 19 décembre 1903.)

17. *Suicide*. — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 21 décembre 1903) :

Dans un accès de délire alcoolique, une jeune femme, âgée de vingt ans, Mme Marie Leprovost, s'est jetée par la fenêtre de son logement, sis au troisième étage, 18, rue des Tournelles.

La mort a été instantanée.

Circonstance navrante : la malheureuse laisse un bébé de trois mois.

18. *Le crime d'un alcoolique*. — Un ouvrier charron de Pont-Réan (Ille-et-Vilaine), nommé Rouffon, ivrogne invétéré, a, dans un moment de furie alcoolique, tué sa femme d'un coup de rasoir. La victime subvenait seule aux besoins des quatre enfants du ménage Rouffon. Le mari travaillait rarement et, quand il travaillait, dépensait son salaire dans les cabarets. L'aîné des enfants a quatre ans, le deuxieme deux ans et demi et le dernier deux mois. (Le *Temps*, numéro du samedi 26 décembre 1903).

19. *Pour attirer l'attention*. — Jeudi soir, à Saint-Etienne, un nommé Teyssier, ancien brigadier du train des équipages en Algérie, a tiré deux coups de revolver chargé de chevrotines, sur la terrasse de la préfecture de la Loire, où le préfet a l'habitude de se promener après son déjeuner. Des agents de la Sûreté, passant par là, ont arrêté l'auteur de l'attentat, condamné déjà plusieurs fois pour port illégal d'habit militaire.

Teyssier, blessé pendant son service militaire, jouit d'une pension qu'il croit devoir être augmentée et il a tiré pour attirer l'attention sur son cas. On dit que c'est un désiquilibré. (Le *Temps*, numéros des samedi-dimanche 2-3 janvier 1904.)

Teyssier, examiné par trois médecins experts, a été reconnu atteint de délire de persécution avec idées de grandeur. Consi-

déré comme dangereux pour lui-même et surtout pour la sécurité publique, un arrêté préfectoral à ordonné son placement dans un asile d'aliénés.

20. *Suicide dans une église.* — Un pauvre homme était agenouillé, hier, vers midi, devant la chapelle de la Vierge, à l'église Notre-Dame-des-Victoires.

Après s'être prosterné devant l'autel, il prit dans sa poche un revolver et se tira une balle dans la tête.

Il avait sur lui une lettre, écrite sur une bande de calicot, et expliquant qu'il mourait « en sacrifice de la Vierge, ayant en lui sept démons et une âme prisonnière.»

Ce malheureux a été transporté dans un état grave à l'hôpital de la Charité, où son identité a pu être établie. C'est un fou mystique, nommé Pierre Garrigue, âgé d'une trentaine d'années. Il était depuis quelques temps hanté de l'idée de mourir dans une église et d'y être enseveli. Il avait écrit dans ce sens plusieurs lettres au curé de Notre-Dame-des-Victoires, qui ne lui avait pas répondu. (Le *Temps*, numéro du 4 janvier 1904.)

21. *Aliénée carbonisée.* — On écrit de Lille au *Matin* (numéro du lundi 4 janvier 1904) :

Un incendie s'est déclaré cette nuit vers trois heures du matin, chez une folle, la veuve Morel, âgée de soixante-deux ans, 38, rue du Bois Saint-Sauveur, à Lille.

La veuve Morel, atteinte depuis plusieurs années d'aliénation mentale, avait été jusqu'à ce jour soignée par une dame Dufour. Elle habitait avec son fils dans une modeste maison ; sa chambre était située au rez-de-chaussée.

Par une coïncidence digne de remarque, la dame Dufour, qui avait mission de la soigner depuis le début de la maladie, avait déclaré hier soir qu'elle cessait de soigner la malade.

Vers trois heures ce matin, le commissaire de police était informé que l'incendie venait d'éclater ; les pompiers enfoncèrent la porte et trouvèrent la malheureuse gisant près de son foyer. L'asphyxie avait déjà fait son œuvre ; les flammes avaient carbonisé le visage et une partie du corps.

L'incendie fut rapidement éteint. Le lit de la veuve Dufour était complètement détruit.

Le commissaire de police Foucart a longuement interrogé le fils Morel, sur les lieux du sinistre,

Une enquête est ouverte.

22. *Tentatives d'homicide.* — Un malheureux fou a blessé, hier, deux personnes dans le parc Montsouris. Monté sur un banc, il commença par prononcer des paroles incohérentes, puis, se précipitant sur un groupe qui s'était formé autour de lui, il ouvrit un large couteau catalan et frappa au hasard. M. Ernest

Foache, demeurant 26, rue Conche, âgé de trente-cinq ans eut le bras gauche traversé. Il a pu regagner son domicile après pansement.

D'autre part, M. Julien Frontard, âgé de quarante-nenf ans, demeurant au Petit-Montrouge, a reçu une profonde blessure à l'omoplate gauche; il a été transporté à l'hôpital Broussais.

Le fou furieux, qu'on dut ligotter pour l'emmener chez M. Baissac, commissaire de police, est un ancien architecte. Il se nomme Vincent Duret, habitant 13, avenue Fortin. Il est devenu fou à la suite de chagrins intimes. M. Baissac l'a dirigé sur l'infirmerie du Dépôt. (Le *Journal*, numéro du jeudi 7 janvier 1904.)

23. *Suicide.* — Ayant à faire quelques courses dans le quartier, Mme Rauzet, concierge de l'immeuble portant le n° 36 de la rue Richard-Lenoir, s'absentait hier, vers 5 heures de l'après-midi, laissant seul dans sa loge son fils Georges, âgé de vingt ans.

Faible d'esprit, celui-ci était en traitement à l'asile de Bicêtre. Comme sa folie n'était nullement dangereuse, il obtenait de temps en temps un congé qu'il passait chez sa mère.

Profitant du départ de celle-ci, l'idiot s'empara d'un rasoir appartenant à son père, puis courut s'enfermer dans une cave, où il se barricada.

Après s'être complètement dévêtu, il se taillada horriblement le corps.

Sur ces entrefaites, Mme Rauzet rentra. Inquiète de ne pas voir son fils, elle se mit à sa recherche et ne tarda pas à le découvrir.

Avec l'aide de quelques voisins, elle transporta chez un pharmacien le malheureux qui râlait. Une voiture des ambulances urbaines vint l'y prendre et le transporta à l'asile de Bicêtre.

Deux heures après, il expirait. (Le *Matin*, numéro du jeudi 7 janvier 1904.)

24. *Excentricités dangereuses.* — On lit dans le *Matin* (numéro du vendredi 8 janvier 1904) :

« Tremblez, mécréants, votre dernière heure est venue si vous ne confessez pas sur-le-champ votre erreur en embrassant la sainte religion catholique! »

Mme Brossier, l'honorable concierge du n° 28 de la rue de l'Orillon, qui balayait hier matin la cour de l'immeuble dont elle a la garde, sursauta à ces paroles qui tombaient des combles de la maison.

Elle leva la tête, poussa un cri d'effroi et courut se réfugier dans sa loge. Au même instant, une commode, suivie à courte distance par une cuvette, vint s'écraser sur le sol.

Debout sur l'appui d'une fenêtre, au sixième étage, un homme, simplement vêtu d'un caleçon, invectivait d'invisibles ennemis :

— Avancez, misérables! Avancez, je ne vous crains pas!

Et, brandissant un litre vide, il l'envoya rejoindre les pièces de son mobilier qui gisaient déjà dans la cour.

— Que Dieu ait pitié de nous, gémit Mme Brossier. Qu'on aille vite chercher le commissaire!

Cependant, les projectiles les plus hétéroclites continuaient à pleuvoir.

Dix minutes plus tard, M. Nadeaud, accompagné de son secrétaire, M. Truy, frappait chez l'excentrique locataire, Jacques Paulin, employé de commerce.

— Etes-vous le Père Eternel? demanda-t-on de l'intérieur.

— Evidemment, répliqua le magistrat.

La porte s'ouvrit. Paulin, le chef coiffé d'un vieux morion rouillé, tenant à la main une hallebarde, se précipita à genoux :

— Bénissez-moi Père Eternel, je suis le « hallebardier du Christ »! Bénissez également cette arme enchantée, avec laquelle je vais exterminer tous les hérétiques!

M. Nadeaud accéda au désir du fou et, sous prétexte de l'emmener au paradis terrestre, on fit monter Paulin dans un fiacre qui le conduisit à l'infirmerie du Dépôt.

25. *Tentative de suicide.* — On écrit de La Croix de Berny au *Matin* (numéro du samedi 9 janvier 1904) :

Une jeune femme, en grand deuil, s'efforçait hier matin d'enjamber la barrière fermant le passage à niveau de la ligne de Sceaux, à l'entrecroisement de la voie avec la route de Choisy à Versailles.

Elle en fut empêchée. On crut, tout d'abord, avoir affaire à une désespérée. Il n'en était rien : la jeune femme était folle. Elle avait réussi à tromper la surveillance de ses parents et s'était enfuie le matin même.

C'est la fille d'un rentier des environs, M. R... Depuis la mort de son mari, survenue il y a quelques semaines, elle donnait des signes d'aliénation mentale.

Elle a été à nouveau confiée à sa famille.

26. *Tentative de suicide.* — On écrit de Boulogne au *Matin* (numéro du lundi 19 janvier 1904) :

Un employé de commerce, M. Achille Pastet, âgé de trente et un ans, donnait depuis quelques semaines des signes d'aliénation mentale. La mort de sa femme, due à une congestion causée par le froid, l'avait vivement frappé. Comme il avait plusieurs fois manifesté l'intention de se suicider, sa famille le faisait surveiller.

Hier soir, profitant d'un moment d'inattention de la domestique, il se pendit à la patère d'un porte-manteau. Presque aussitôt, un de ses parents arrivait chez lui en visite.

M. Achille Pastet reçut les soins que nécessitait son état, puis fut dirigé sur une maison de santé.

27. *Suicide.* — On télégraphie de Toulon au *Matin* (numéro du mardi 19 janvier 1904) :

Un dramatique suicide a causé aujourd'hui une vive émotion dans la commune de La Valette, près Toulon.

Une dame Teyssère, âgée de trente ans, qui donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale, a réussi à tromper la surveillance de son mari et s'est coupé la gorge.

Le mari, accouru pour lui porter secours, n'a pu arracher le rasoir des mains de la démente, qui l'a sérieusement blessé en résistant et s'est ensuite porté un second coup, se tranchant la carotide. La malheureuse a succombé quelques secondes après.

28. *La contagion de la folie.* — Sous ce titre, le *Petit Journal* (numéro du mercredi 3 février 1904) publie le fait suivant :

Un cas particulièrement étrange de folie subite vient de se produire à Auxy, petite commune voisine d'Autun.

Dans cette commune habitent les époux Jouan, le mari âgé de quarante ans, bûcheron, la femme âgée de trente-quatre ans, et leurs six enfants, dont l'aîné est âgé à peine de quinze ans.

Avant-hier soir, en rentrant de son travail, Jouan trouvait chez lui sa femme, les yeux hagards, qui brisait, avec des gestes incohérents, les meubles de l'appartement.

Jouan fut tellement impressionné à la vue de la malheureuse femme, devenue subitement folle, qu'il fut frappé, lui aussi, d'aliénation mentale, et se mit à l'aider dans ses travaux extravagants.

Ensemble ils enveloppèrent leur chien dans une couverture, puis l'arrosèrent de pétrole et le firent brûler au-dessus du foyer, sur lequel ils avaient également placé le berceau, heureusement vide, de leur dernier enfant.

C'est à ce moment que les voisins, attirés par l'odeur de chair brûlée qui se dégageait de l'habitation, entrèrent et aperçurent les fous occupés à leur sinistre besogne.

Pêle-mêle sur un lit et complètement nus, les six enfants, muets d'horreur, assistaient à cette scène horrible dont ils allaient devenir eux-mêmes les victimes.

Devenus subitement furieux, les deux fous se précipitèrent alors l'un sur l'autre et se mirent à s'entre-déchirer à coups d'ongle et à coups de dents.

Séparés après une résistance désespérée, ils ont été conduits à l'hôpital d'Autun, où on les a mis en observation.

29. *Aliéné homicide*. — On lit dans l'*Aurore* (numéro du mercredi 17 février 1904) :

« Un tragique événement vient de jeter la consternation dans Varsovie.

« Le comte Vladimir Dombki, a été pris d'un accès d'aliénation subite. Il s'est barricadé dans son hôtel, situé dans une des rues les plus fréquentées de la ville, et, s'armant d'un fusil, il se mit de sa fenêtre à tirer sur les passants.

« Pendant quatorze heures, le forcené est demeuré à son poste, ajustant avec une effroyable précision tous ceux qui se présentaient à la portée de son arme ou tentaient de pénétrer dans la maison.

« Trois personnes ont été tuées, et trente plus ou moins grièvement blessées. Il a fallu organiser un siège en règle pour arriver à s'emparer du fou. »

TRIBUNAUX

Un vampire suisse. — Dans les premiers mois de cette année, la paisible et patriarcale contrée du Jorat était bouleversée par des faits sans précédents. A quelques semaines d'intervalle on découvrait trois violations de sépulture, accomplies dans différentes localités et avec des circonstances que la plume se refuse à retracer...

A Ropraz (canton de Vaud), le corps d'une jeune fille de vingt ans était trouvé un matin de février, arraché du cercueil où elle reposait depuis deux jours, dépouillé de ses vêtements, mutilé sauvagement, profané d'une manière innomable. A quelques jours de là, nouvelle violation de la sépulture d'une autre jeune fille au cimetière de Carrouge. Cette fois le criminel s'était contenté de couper la chevelure de la morte ; il est vrai que le corps était déjà dans un état de décomposition avancée. Enfin, au mois de mai, une troisième profanation du même genre était constatée à Ferlens, toujours sur un cadavre féminin.

Le caractère identique de ces trois macabres attentats ne pouvait laisser aucun doute : c'était l'œuvre d'un monstrueux satyre. Mais toutes les recherches, vainement poursuivies, allaient être abandonnées quand on put croire que le vampire se trahissait lui-même.

En effet, quelques jours après la découverte de la violation de sépulture de Ferlens, toujours en mai, un valet de ferme de cette localité, un nommé Favez, dégénéré et alcoolique notoire, se ruait dans la chambre d'une pauvre femme impotente et âgée de cinquante-huit ans et se mettait en mesure de la violenter. L'intervention d'une voisine la sauva. Mais elle ne

réussit pas à arrêter l'élan de Favez qui se précipita incontinent sur une servante et ne fut arrêté que par l'arrivée de plusieurs personnes attirées par les cris de détresse des trois femmes.

La voix publique attribua aussitôt à Favez les affreux attentats nocturnes des derniers mois. On rapprocha des circonstances. On releva des indices. Des personnes avaient remarqué à plusieurs reprises qu'il rentrait tard dans la nuit. Le fermier qui l'employait comme journalier avait senti sur lui et sur ses vêtements une odeur cadavérique tenace. Avec cela, les antécédents de Favez, sans être déplorables, donnaient à penser. On rappelait qu'il avait été médiocre écolier, qu'il avait commis, étant enfant, un petit vol pour lequel on l'avait exclu pendant un an du catéchisme. Des personnes qui l'avaient observé assidûment, l'avaient vu à plusieurs reprises se livrant à des actes de bestialité sur des animaux domestiques.

Enfin il était alcoolique. Il fut traduit devant le tribunal criminel d'Oron comme convaincu d'attentats à la pudeur sur personnes vivantes, et véhémentement soupçonné de violations de sépultures et de profanations de cadavres. Mais comme le Code vaudois n'a pas prévu ces crimes, Favez était, de ce second chef, inculpé seulement, selon la lettre de la loi, « d'avoir exhumé des corps morts sans y être autorisé ».

Il avait été soumis, au préalable, à un examen médical. Le docteur Mahaim, professeur de maladies mentales à l'Université de Lausanne et directeur de l'asile des aliénés de Céry, a fait un rapport médico-légal dont voici le principal passage :

« Favez est atteint d'imbécillité intellectuelle et morale. L'absence de compréhension qu'il présente pour toutes les notions générales ou élevées, son indifférence morale profonde, suffisent déjà à elles seules pour expliquer les actes de bestialité qu'on lui reproche. Qu'un homme de ce genre boive quelque peu, il deviendra, sous l'empire de l'alcool, une véritable brute capable des pires attentats. Or, Favez boit volontiers...

« Je considère Favez comme parfaitement capable, d'après son état mental, d'avoir commis des profanations de cadavres dans un but sexuel. Il est, en tout cas, atteint d'imbécillité grave, ne peut être laissé en liberté sans surveillance, et peut devenir dangereux pour son entourage au moindre excès de boisson. »

L'accusé a un physique qui répond à ce portrait moral. Sa dégénérescence s'accuse par la scoliose et par le prognathisme de la mâchoire et du menton. Il a le front bas, la chevelure broussailleuse et plantée très avant; la tête est d'ailleurs petite, et cette microcéphalie jointe aux autres caractères, témoigne d'une régression vers le type le plus inférieur de l'humanité.

Ni l'interrogatoire, ni les dépositions des douze témoins

entendus, n'ont apporté de lumières nouvelles dans cette affaire mystérieuse.

Favez a nié les trois violations de sépultures. A toutes les questions, il s'est borné à répondre, presque invariablement : « Ce n'est pas vrai ! » On n'a guère pu en tirer autre chose.

Le huis-clos a été prononcé pour l'audition des témoignages relatifs à l'attentat sur personnes vivantes, de même que pour les dépositions des experts médico-légaux.

Finalement le tribunal d'Oron, prenant en considération le rapport du docteur Mahaim qui concluait à l'imbécillité et à l'irresponsabilité de l'accusé, a acquitté Favez, tout en le renvoyant au gouvernement du canton, pour qu'il soit interné dans un asile. Les dépens du procès ont toutefois été mis à la charge de Favez. (Le *Temps*, numéro du lundi 21 décembre 1901.)

Responsabilité des directeurs et médecins d'établissements d'aliénés en cas de suicide de l'un de leurs pensionnaires. — Sous ce titre, M. le Dr Christian publiait dans les *Annales* de novembre-décembre 1900, un fait qui lui était personnel ; on sait que les poursuivants furent déboutés des fins de leurs plaintes et condamnés aux dépens.

Notre confrère citait un autre jugement où le médecin fut condamné pour un fait analogue, à des dommages-intérêts.

Il s'agit, dans ce fait, comme le raconte le *Temps* (numéro du mercredi 23 décembre 1903), d'une demoiselle Guichon qui, à la suite de chagrins d'amour, atteinte de neurasthénie, avait été placée par son père dans la maison de santé du Dr Duhamel, à Fontenay-sous-Bois.

Elle trompa un jour la surveillance dont elle était l'objet, et parvint à se pendre dans les water-closets.

Le père avait, en raison de ce fait, intenté au Dr Duhamel une action en dommages-intérêts, — imputant à la négligence des préposés de celui-ci le malheureux événement qui le mettait en deuil. Il obtint 10.000 francs de la première chambre du tribunal.

Mais le Dr Duhamel fit appel. Et l'affaire a été de nouveau plaidée devant la troisième chambre de la Cour. Me Poincaré, pour l'appelant, a soutenu qu'aucune responsabilité n'incombait au directeur de la maison de santé.

« ... Dans une maison — a-t-il dit notamment — où vivent des pensionnaires qui n'ont jamais été fous, Mlle Guichon, même surveillée, ne pouvait pas être traitée comme folle. Ce serait même une question de savoir si, en dehors du cas de folie caractérisée, un père a juridiquement le droit de charger un tiers d'empêcher son enfant majeur de se suicider, et si le tiers peut lui-même prendre cet engagement. La loi ne regarde pas

le suicide comme un crime et, à tort ou à raison, elle ne l'interdit pas. C'est, à ses yeux, un acte qui ne relève que de la volonté individuelle. Si Mlle Guichon n'était pas folle, personne ne peut être responsable de ne l'avoir pas empêchée de se suicider ; si elle était folle, M. Guichon devait la faire mettre dans le quartier des aliénés. »

Vainement, Me Félix Decori a repris la thèse qu'il avait fait triompher en première instance.

La Cour, jugeant que M. Guichon ne faisait la preuve d'aucune faute ou imprudence à la charge du directeur de la maison de santé, a infirmé le jugement du tribunal et déchargé le Dr Duhamel de toute condamnation.

Pharmaciens et morphinomane. — La 10e chambre correctionnelle, présidée par M. Séré de Rivières, a statué aujourd'hui sur des poursuites dirigées par le parquet contre plusieurs titulaires successifs d'une pharmacie, sous la prévention de délivrance de morphine et de cocaïne sans ordonnance médicale.

Le plaignant — et la victime — était un graveur, M. Walschleger. Ce malheureux morphinomane, à qui l'emploi de la morphine avait été conseillé par un des pharmaciens pour calmer des douleurs stomacales, en était arrivé à absorber jusqu'à 1 gramme de morphine en poudre par jour. Il lui en a été délivré ainsi pour environ 6.000 francs.

Il tomba dans un état lamentable et devint incapable de tout travail. Le Dr Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu, réussit cependant à le sauver de la mort.

Les prévenus, défendus par Mes René Renoult et Noilhan, ont été condamnés à des peines variant de trois mois de prison à 500 francs d'amende — pour infraction aux lois sur la pharmacie, — et aussi pour blessures par imprudence.

Le graveur, partie civile, que Me Cornet assistait, a obtenu 4.000 francs de dommages-intérêts, sur les 30.000 francs qu'i sollicitait. (Le *Temps*, numéro du vendredi, 25 décembre 1903.)

Conseil d'Etat. — Le domicile de secours d'un aliéné. — Discussion entre trois départements. — Trois départements, la Seine, la Sarthe et la Corse, étaient en discussion devant le Conseil d'Etat sur une question assez délicate, et dont la solution aura une certaine répercussion sur les budgets départementaux.

Un sieur E..., né à Bastia en 1838, donnait des signes fréquents de troubles mentaux, lorsqu'en 1878 il quitta la Corse pour se rendre dans la Sarthe, chez son frère, officier en garnison à Mamers. Il y séjourna environ deux ans, puis vint à Paris où, le 22 août 1881, il fut arrêté en état de vagabondage et interné à l'asile Sainte-Anne.

Le département de la Seine avança les frais de l'internement, qui finirent, en 1902, par s'élever à la somme de 10,523 francs. Mais à qui ces dépenses incombaient-elles en définitive?

Etait-ce au département de la Seine? Incontestablement non, car l'aliéné n'y avait pas son domicile de secours, il y était simplement de passage, en vagabondant après avoir quitté Mamers.

Etait-ce à la Corse où le sieur E... est né et où, par conséquent, il a eu son domicile de secours tout au moins jusqu'en 1878?

Etait-ce enfin à la Sarthe? Pour le soutenir, le département de la Corse alléguait qu'aux termes de la loi du 24 vendémiaire an II, aussi bien que de la loi du 15 juillet 1893, un nouveau domicile de secours peut s'acquérir par une année de séjour dans une autre commune, et que, dès lors, le sieur E..., en demeurant deux ans chez son frère, à Mamers, avait acquis un domicile de secours nouveau dans la Sarthe.

Le Conseil d'Etat a, par une décision de principe, mis tous les frais d'internement à la charge de la Corse. Il a estimé en effet que, pour entraîner une modification de domicile de secours, le changement de résidence doit résulter d'un acte de volonté libre. Il en résulte que, pour le sieur E..., qui n'a effectué qu'à l'instigation de son frère un déplacement dont il n'a jamais eu pleinement conscience, le domicile de secours d'origine n'a jamais été perdu.

Cette solution, adoptée dans une espèce où la loi de vendémiaire an II était en vigueur, est à plus forte raison applicable aujourd'hui et dans l'avenir, car la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance prévoit le cas d'absence de liberté dans le choix du séjour.

Il faut remarquer que, dans cette affaire, le Conseil d'Etat a tranché une question des plus importantes. En effet, le sieur E... n'était pas interdit, et on aurait pu soutenir qu'en l'absence d'un jugement d'interdiction il existerait toujours une présomption tendant à le faire déclarer conscient de ses actes. On voit que le Conseil d'Etat a décidé qu'un aliéné, quoique non interdit, peut être réputé légalement trop inconscient pour acquérir un nouveau domicile de secours. (Le *Temps*, numéro du lundi 8 février 1904.)

FAITS DIVERS

Prétendues nouvelles de l'au-delà. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 4 janvier 1904) :

« On sait que M. F. Myers, mort il y a bientôt deux ans, était l'une des autorités le plus universellement reconnues en matière de psychologie subconsciente. L'œuvre de recherche

scientifique qu'il a fondée et inspirée, pour l'observation systématique et exacte des phénomènes de double vision, de correspondance de pensée, est une des plus solides qui soient. On sait qu'avant de mourir il avait promis, si quelque chose subsistait de lui, qu'il se mettrait en communication avec le monde vivant. Un certain émoi se produisit donc, il y a quelques jours, quand, dans un article de la *Pall Mall Gazette*, on annonça que le défunt M. F. Myers était en rapports journaliers avec un de ses savants amis de la Société pour l'avancement des études psychologiques. Celui-ci a répondu par une lettre au *Times*, où il nie que rien de positif ait encore été obtenu ni contrôlé scientifiquement ; mais qu'il se réserve de faire lui-même savoir ce qu'il peut avoir, un jour, à annoncer. »

L'aliénation mentale en Australie. — Dans la colonie de Queensland, on a hôspitalisé en 1902 dans les asiles 1.813 aliénés contre 1.752 en 1901, soit 32,2 par 10.000 habitants. Les chiffres correspondants pour les autres colonies sont : Nouvelles-Galles du Sud 32,5 ; Victoria 37,3 ; Australie du Sud 26,7 ; Nouvelle-Zélande 33,4 : pour 10.000 habitants. (*Lancet*, numéro du 10 octobre 1903.)

Augmentation des suicides aux Etats-Unis. — D'après les recherches statistiques de T. Hoffmann, la fréquence des suicides aux États-Unis a augmenté l'année dernière de 4 p. 100. Sur 14.456.183 personnes habitant dans cinquante villes de l'Amérique du Nord en 1902, il y a eu 2.452 suicides. De ce dernier nombre, 456 ont été fournis par New-York, 439 par Chicago, 242 par Brooklin, 176 par Philadelphie et 142 par Saint-Louis. — 25.7 par 100.000 habitants. (*Medical Record*, numéro du 3 octobre 1903.)

MONUMENT THÉOPHILE ROUSSEL

La circulaire suivante a été adressée au nom d'un Comité qui s'est formé sous la présidence d'honneur de M. Casimir-Périer, ancien président de la République et sous la présidence de M. Fallières, président de Sénat, pour élever un monument à notre regretté collègue, Théophile Roussel :

« La mort de Théophile Roussel a plongé dans le deuil le monde de l'assistance, dont il était le chef vénéré.

« Un certain nombre de ses disciples et de ses amis ont formé le projet de lui élever un monument à Paris. Ils ont pensé que tous ceux qui ont participé à l'admirable mouvement de solidarité sociale dont a été témoin la fin du XIXe siècle, auront à cœur de s'associer à l'œuvre qu'ils ont entreprise.

« Quels incomparables services Théophile Roussel n'a-t-il pas rendus à la patrie, à l'humanité même, par ces lois dont il eut la glorieuse initiative et qui ont sauvé tant de jeunes existences, tant de jeunes âmes! Faut-il rappeler que, si les lois sur la protection des enfants du premier âge et des enfants moralement abandonnés, restent l'honneur suprême de ce législateur, l'hygiène des travailleurs, la lutte contre l'alcoolisme, l'éducation des jeunes détenus, le patronage des libérés, l'assistance médicale dans les campagnes, et bien d'autres problèmes philanthropiques, n'ont cessé de passionner sa grande âme.

« Il est bien peu d'organisations charitables auxquelles Théophile Roussel n'ait activement collaboré ; il en est bien peu surtout, auxquelles ses conceptions généreuses et pratiques à la fois, n'aient servi de guide. Son nom, son esprit, sa tradition, doivent rester dans nos cœurs, car ils marquent une époque dans l'évolution de la société.

« En élevant sa statue au sein de la capitale, ce n'est pas seulement un acte de pieuse reconnaissance que nous accomplirons : nous affirmerons aussi par ce solennel hommage, notre volonté de poursuivre, dans l'effort collectif de l'assistance publique et de la bienfaisance privée, notre marche vers un idéal de justice et de bonté. C'est à cette œuvre que nous avons l'honneur de vous convier. »

Les souscriptions devront être adressées à M. le Dr Bourrillon, ancien député, à Saint-Maurice (Seine).

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie morbide

PSYCHOLOGIE DE JEANNE D'ARC

Par le Dr Jules DUMAZ
Médecin directeur de l'asile de Bassens (Savoie).

La mentalité de Jeanne d'Arc est une des plus intéressantes à étudier.

Les historiens les plus récents n'ont point essayé de l'analyser d'après les derniers travaux accomplis en psychologie normale et pathologique. Et pourtant, constamment les sciences apportent une lumière nouvelle sur les faits historiques restés douteux ou obscurs en leur interprétation ; la médecine ne fait pas défaut dans cette voie.

Pour n'en citer qu'un exemple en passant, il suffit de mentionner la découverte de l'appendicite pour comprendre la cause de la mort de Mme Henriette d'Angleterre autrement que par l'absorption d'un prétendu poison, jeté dans le verre d'eau de chicorée qui, d'après

le récit de Mme de La Fayette, fut présenté à la princesse par Mme de Gourdon, sa dame d'atour.

Depuis un siècle, les progrès accomplis dans l'étude et la connaissance des maladies mentales, des névroses, de l'automatisme cérébral, de la psychologie normale, ont peu à peu dissipé le merveilleux que certains historiens font, de parti pris, intervenir dans la vie de la guerrière lorraine. Ce point d'histoire est à élucider à nouveau.

I. — Les aveux de Jeanne d'Arc, en 1430, dans son procès de condamnation.

Nous allons prendre les réponses de Jeanne d'Arc, consignées dans son procès de condamnation, publié par M. Joseph Fabre, et analyser la déposition de l'accusée, comme nous le ferions pour une expertise médico-légale, d'après le dossier d'information. Mais, pour abréger les citations et les répétitions de l'interrogatoire, nous réunirons, en un tout narratif, les aveux de Jeanne, épars en plusieurs séances.

Jeanne a déclaré devant ses juges :

« Je n'ai rien fait que par révélation.

« J'avais treize ans, quand j'entendis une voix, venant de Dieu, pour m'aider à me bien conduire. « C'était midi ; dans le jardin de mon père, j'étais à « jeun, j'entendis une voix à droite de l'Église, une « voix accompagnée de clarté. J'eus grand peur. Cette « voix me parut une voix bien noble. Je crus qu'elle « venait de Dieu.

« Lorsque je l'entendis pour la troisième fois, je reconnus que c'était la voix d'un ange. Dans ma jeunesse, j'avais grande volonté et affection que le roi « de France eût son royaume. Je fis vœu de virginité.

« L'apparition reparut, et je vis Saint-Michel accom-

« pagné d'anges. Je l'entendis me prévenir que sainte « Catherine et sainte Marguerite viendraient à moi, et « que je n'eusse qu'à leur obéir, à croire à leurs paro- « les, que tout était par le commandement de Dieu.

« Saint Michel m'enseigna à être sage, à fréquenter « l'Église. Il m'affirma que Dieu m'aiderait, qu'il fal- « lait aller au secours de mon roi, car il me raconta la « détresse du royaume.

« Je ne parlai de cela à personne.

« Saint Michel avait la forme et l'habit d'un hon- « nête homme ; il n'avait pas de couronne. Chaque se- « maine il me disait : « Jeannette, quitte ton village, « vas en France. » Je répondais : « Comment irais-je ? « Je ne suis qu'une pauvre fille qui ne sait ni chevau- « cher ni guerroyer ».

« Quand il s'éloignait de moi, je pleurais ; et j'aurais « voulu qu'il m'eût emporté avec lui.

« Puis je vis les saintes Catherine et Marguerite, la « figure ornée de belles couronnes. Je les distingue l'une « de l'autre parce qu'elles se nomment, et par le salut « qu'elles me font.

« Depuis sept ans, elles m'ont apparu si souvent que « j'ai oublié laquelle est apparue la première. Il ne s'est « passé de semaine que je ne les aie vues et entendues, « avec leur tête richement ornée. Je ne vois que leur « face ; j'entends bien leur langage, qui est beau et bon. « Leur voix est belle, douce, humble et parle français.

« Je vois souvent saint Michel. J'ai grande joie à le « voir et à recevoir son confort. Il me semble que, « quand je le vois, je ne suis pas en état de péché mor- « tel. Mes voix m'exhortent à me confesser, tantôt « l'une, tantôt l'autre.

« Je n'ai jamais parlé de mes voix, ni de mes appa- « ritions, à personne, pas même à mon curé. Cepen- « dant mes saintes ne m'obligeaient pas d'en faire mys-

« tère. Cela ne me plaisait pas de le révéler, de peur des « Bourguignons, ou que mon père ne me retînt à la « maison.

« Les voix me disaient : « Jeannette, la pucelle, fille « de Dieu, va trouver Robert de Beaudricourt, capitaine « de Vaucouleur, pour qu'il te conduise en France, « pour faire lever le siège mis devant Orléans. »

« Rarement j'entends la voix sans clarté, et cette « clarté est de même côté que la voix.

« A partir du moment que je sus que je devais venir « en France, je me donnai peu aux jeux et aux prome- « nades. Je demandais conseil à mes voix.

« Quand je parlai à mon père de partir, il dit à mes « frères qu'il aimerait mieux me voir mourir que de « me voir partir avec des hommes d'armes. Mais Dieu « le commandait, je devais partir, malgré cent pères et « mères, si j'eusse été fille de roi. Je n'annonçai pas « mon départ à mon père, ni à ma mère, parce que mes « voix s'en rapportaient à moi de dire ou de taire « l'ordre qu'elles m'avaient donné. J'allai chez mon « oncle, et, après huit jours, je lui dis que je voulais « aller à Vaucouleur, chez le capitaine Robert de Beau- « dricourt. Mon oncle m'y conduisit. Je ne l'avais « jamais vu. Je le connus par ma voix. Elle me dit : « Le voilà ».

« Je ne sais rien d'ailleurs que par révélation et par « ordre de Dieu.

« Mes voix viennent surtout sans être appelées, et « quand elles ne viennent pas, je demande à Dieu de « me les envoyer. Parfois, pendant la nuit, elles m'ont « réveillée. Alors je leur rendais grâce en me soulevant « et m'asseyant sur mon lit, les mains jointes. Quand « je leur demande conseil, sainte Catherine et sainte « Marguerite me répondent : « Va, hardiment ». Je les « ai même parfois senties et touchées.

« Quand j'en ai eu besoin, je les ai toujours eues.

« J'en ai parlé à Robert de Beaudricourt. Je lui ai « dit que mes voix m'avaient promis que le siège d'Or« léans serait levé et que mon roi serait sacré à Reims « et rétabli en son royaume.

« Devant partir avec les gens de Robert de Beau« dricourt, ma voix m'a conseillée de prendre l'habit « d'homme. Je ne pensais pas mal faire. Je suis venue « en France en habit d'homme, par le commandement « de Dieu.

« Quand j'entrai dans la chambre du roi, à Chinon, « je le reconnus, entre les autres, par le conseil de ma « voix qui me le révéla.

« Les voix m'avaient dit : « Va, hardiment. Quand « tu seras devant le roi, il aura bon signe pour te rece« voir et te croire. »

« Il eut un signe touchant mes faits avant de vouloir « y croire.

« J'ai été interrogée, à Chinon, et à Poitiers, pen« dant trois semaines, par le clergé, et les clercs de « mon parti furent de cet avis qu'il n'y avait rien que « de bien dans mon fait.

« Mais j'ai dit en une fois au roi tout ce qui m'avait « été révélé parce que c'est à lui que j'ai été envoyée.

« Avant que le roi me mit en œuvre, il y eut de nom« breuses apparitions et de belles révélations. Ainsi, à « Chinon, j'envoyai quérir une épée dans l'église de « Sainte-Catherine de Fierbois, derrière l'autel. Elle y « fut trouvée toute rouillée. Je savais par mes voix « qu'elle était, sous terre, derrière l'autel.

« Un ange, le même qui m'était premièrement « apparu, vint de la part de Dieu, qui dit à mon roi « qu'on me mît en besogne et que le pays serait bientôt « allégé. L'ange donna certitude à mon roi, en lui « apportant une couronne d'or et en lui disant qu'il au-

« rait tout le royaume de France avec l'aide de Dieu et « moyennant mon labeur, et qu'il eût à me donner des « hommes d'armes.

« L'ange entra par la porte de la chambre, vint devant « le roi, lui fit la révérence, et lui remémora la belle pa- « tience qu'il avait dans les tribulations qui lui étaient « survenues. Il s'en retourna par où il était venu. Quand « l'ange vint, je l'accompagnai, et allai, avec lui, par « l'escalier, à la chambre du roi. L'ange entra le pre- « mier, puis, moi après. Et je dis au roi : « Sire, voici « votre signe, prenez-le. »

« J'étais dans mon logis, en la maison d'une femme, « près du château de Chinon, quand l'ange vint. Et « alors lui et moi allâmes ensemble vers le roi. Cet « ange avait bonne compagnie d'autres anges. Tous « ceux qui étaient là virent l'ange : l'archevêque de « Reims, les Seigneurs d'Alençon, de la Trémouille, « Charles de Bourbon. Quant à la couronne, plusieurs « gens d'Église et autres la virent, et ne virent pas « l'ange.

« Les anges qui accompagnaient l'ange se ressem- « blaient les uns, d'autres, non. Aucun n'avait d'ailes. « Il y en avait de couronnés, et, en leur compagnie « étaient sainte Catherine, sainte Marguerite. Elles fu- « rent, avec l'ange susdit, jusque dans la chambre du « roi.

« L'ange me quitta dans une petite chapelle, et je « fus fâchée de son départ. Il était venu dans l'espérance « que le roi croirait ce signe, et qu'on cesserait de me « faire opposition.

« La couronne donnée par l'ange fut apportée par « Dieu. Elle était en or. Et le roi crut par l'ensei- « gnement ou le témoignage des gens d'Église, qui « étaient là, et par le signe de la couronne. Les gens « d'Église surent que c'était un ange par leur science, et

« parce qu'ils étaient clercs. Alors les clercs cessèrent « d'arguer contre moi, quand ils eurent vu le signe.

« Mon roi et ceux qui étaient avec lui, virent le signe « et l'ange qui le donna.

« Je demandai au roi s'il était content. Il me répondit « oui.

« Alors je m'en allai à une petite chapelle, tout près « de là, et j'ai ouï dire qu'après mon départ, il y eut « plus de 300 personnes qui virent le signe.

« Alors sainte Catherine et sainte Marguerite me « dirent de prendre l'étendard et de le porter hardiment, « et d'y faire mettre en peinture le roi du ciel. Je ne sais « rien de cette signification. Je l'ai fait peindre avec « deux anges en la manière qu'ils sont dans les Églises. « Mon étendard était commandé par Dieu, par la voix « de mes saintes, qui m'avait dit : « Prends l'étendard « de par le roi du ciel. »

« Et pour cette raison j'y ai fait mettre la figure de « Dieu et deux anges.

« Pour ce motif, je portai plus volontiers le mien que « tout autre.

« Je crois fermement avoir vu les anges, sainte Ca-« therine, sainte Marguerite et saint Michel. Je crois « que ce sont eux, aussi fermement que Dieu est... Oui, « je les ai vus de mes yeux, et je crois que Dieu les a « formés en la manière et en la forme que je les vois. « Ce qui le prouve, ce sont les bons conseils, le récon-« fort et les enseignements qu'ils m'ont donnés.

« Je suis toujours assistée par sainte Catherine. Saint « Michel m'a affirmé que mes voix sont de bons esprits. « J'ai vu que c'était saint Michel par le parler et le « langage des anges. Quelquefois sainte Catherine me « répond, et je manque à la comprendre, à cause du « bruit.

« Quand je fais requête à sainte Catherine et à sainte

« Marguerite, elles font requête à Dieu, et puis, du « commandement de Dieu, elles me font réponse. Il « n'est jour où elles ne viennent pas sans clarté, et elles « me disent : « Va, hardiment. Fais gai visage. Prends « tout en gré. »

« De tout cela je m'en rapporte à Dieu, qui m'a en- « voyée, ainsi qu'à Notre-Dame, aux saints, aux saintes, « qui ne font qu'un avec l'Eglise. Je suis venue au roi « de France de la part de Dieu.

« Je ne leur ai jamais demandé autre chose que le « salut de mon âme.

« Par révélation de sainte Catherine et de sainte Mar- « guerite, je sais qu'avant sept ans les Anglais éprouve- « ront en France plus grande perte qu'ils aient jamais « eue.

« Je serais morte si ce n'était cette révélation, qui me « réconforte chaque jour, que je serai délivrée. Je n'en « sais ni le jour ni l'heure.

« Relativement à Catherine de la Rochelle, je l'ai « vue à Jargeau et à Montfaucon en Berry. Elle me dit « qu'une dame blanche, vêtue de drap d'or, venait à « elle, lui disant d'aller par les bonnes villes et que le « roi aurait à lui donner des hérauts et des trompettes « pour faire crier : « Qui a or, argent, ou trésor caché, « qu'il l'apporte immédiatement. » Elle ajoutait qu'elle « reconnaîtrait bien qui n'apporterait pas l'argent caché « et saurait découvrir les trésors avec lesquels seraient « payés mes hommes d'armes. A quoi je répondis : « Retournez près de votre mari, faites votre ménage. »

« Pour plus de certitude, je parlai de cela à mes « saintes. Elles me dirent : « C'est tout folie. » Je de- « mandai à Catherine de la Rochelle si cette dame « blanche lui apparaissait toutes les nuits. Je voulus « coucher avec elle, et ne vis rien. Le matin, Catherine « me dit que sa dame était venue, pendant que je dor-

« mais. Le lendemain, je restai toute la nuit les yeux « ouverts, et ne vis rien.

« Quand j'ai sauté de la tour de Beaurevoir, je me « savais vendue aux Anglais. Sainte Catherine me di- « sait chaque jour de ne point sauter, et moi je lui ré- « pondais : « Puisque Dieu sera en aide à ceux de Com- « piègne, je veux être là. » Alors elle me dit : « Sans « faute il faut que vous preniez tout en gré. Vous ne « serez point délivrée jusqu'à ce que vous ayez vu le « roi des Anglais. » Et moi je lui répondit : « Je ne « veux pas le voir ».

« Finalement, par horreur des Anglais, je sautai, en « me recommandant à Dieu, et je fus blessée. Je fus « deux ou trois jours sans pouvoir manger, ni boire; « toutefois je fus réconfortée par sainte Catherine, qui « me dit : « Confesse-toi et demande pardon à Dieu « d'avoir fait ce saut. Fais bon visage et tu guériras et « ceux de Compiègne auront secours. » Alors je me mis « à manger et à me rétablir.

« Je ne fais pas serment de ne pas reprendre les ar- « mes et habits d'homme, voulant faire le plaisir de « Dieu.

II. — Les dépositions des témoins, en 1456, dans le procès de réhabilitation.

Dans le procès de réhabilitation de Jeanne d'Arc, en 1456, les dépositions des témoins nous apprennent qu'à Vaucouleur, elle logea chez les époux Le Royer, et qu'elle leur disait : « Il faut que j'aille vers le gentil dauphin (Charles VII, roi de France). C'est la volonté de mon Seigneur, le roi du ciel. Dussé-je aller sur mes genoux, j'irai. Je suis née pour ce faire. Ne savez-vous pas qu'il a été prophétisé que la France serait perdue

par une femme, et qu'elle serait relevée par une pucelle des marches de Lorraine. »

La femme Le Royer ajoutait : « Le désir de Jeannette était bien fort, et le temps lui pesait comme si elle eût été une femme enceinte, parce qu'on ne la menait pas vers le dauphin. Jeanne ayant dit qu'il n'était pas honnête à elle de partir en telles conditions, les habitants du village lui fournirent des vêtements d'homme. Et elle partit avec le chevalier Jean de Novelompont et Bertrand de Poulengy. »

Le premier a déposé en ces termes : Jeanne me dit : « Je suis venue parler au sire de Baudricourt, afin qu'il veuille me faire conduire au roi ; mais il n'a souci ni de moi, ni de mes paroles. Pourtant, avant qu'arrive la mi-carême, il faut que je sois devers le roi, dussé-je user mes pieds jusqu'aux genoux : car nul au monde, ni roi, ni duc, ni fille du roi d'Ecosse (fiancée de Charles VII), ni autres, ne peuvent recouvrer le royaume de France ; et il n'y a de secours que de moi, quoique j'aimerais mieux filer près de ma mère, vu que ce n'est pas là mon état. Mais il faut que j'aille, et je ferai cela parce que mon Seigneur Dieu veut que je le fasse. »

Le second, Bertrand de Poulengy, a déposé comme suit : « J'ai été à plusieurs reprises chez les parents de Jeanne, et j'ai entendu dire qu'elle s'occupait à garder les bestiaux et les chevaux de son père. A Vaucouleur, je la vis parler au capitaine de Beaudricourt, elle lui disait : « Je suis venue à vous de la part de mon Seigneur, pour que vous mandiez au dauphin de se bien tenir et de ne pas cesser la guerre contre ses ennemis. Avant la mi-carême, le Seigneur lui donnera secours. De fait, le royaume n'appartient pas au dauphin, mais à mon Seigneur. Mais il veut que le dauphin soit fait roi et ait le royaume en commande. Mon Seigneur est le roi du ciel. » Quand je partis avec elle pour Chinon, Jeanne nous

disait : « Ne craignez rien ; vous verrez comme le roi nous fera bon visage. » En l'entendant parler, je me sentais tout enflammé. Elle était pour moi une envoyée de Dieu. »

La déposition du président Simon Charles, maître des requêtes en 1429, est instructive, en ce sens qu'elle signale les aptitudes natives de Jeanne pour la guerre, et qu'il ne fut pas question, à Chinon, d'ange qui vint remettre, à Charles VII, une couronne d'or, en compagnie d'autres anges, sainte Catherine et sainte Marguerite. Cette partie des aveux de Jeanne d'Arc à ses juges est un pur récit de ses hallucinations, il ne pouvait être que cela, ou une comédie pour duper Jeanne et le roi.

Même déposition du duc d'Alençon, qui dit textuellement : « Dans le fait de guerre, Jeanne était fort experte, tant pour le port de la lance que pour réunir une armée et ordonner un combat, et disposer l'artillerie. Tous s'émerveillaient de voir que, dans les choses militaires, elle agit avec autant de sagesse et de prévoyance que si elle eût été un capitaine ayant guerroyé vingt ans. C'était surtout dans le maniement de l'artillerie qu'elle s'entendait bien. »

Dunois, le bâtard d'Orléans, est non moins affirmatif. Il a déclaré : « Je crois que Jeanne a été envoyée par Dieu. Ses faits et gestes dans la guerre me paraissent procéder non d'industrie humaine, mais d'inspiration divine. »

Un jour d'Harcourt dit à Jeanne : « Ne voudriez-vous pas dire au roi, ici présent, la manière du conseil de vos voix, quand il vous parle ? » — Jeanne lui répondit en rougissant : « Je crois comprendre ce que vous voulez savoir et je vous le dirai volontiers. » Alors le roi dit : « Jeanne vous plait-il bien de déclarer ce qu'on vous demande ? » — « Oui, répondit-elle, quand je suis contrariée, en quelque manière, parce qu'on fait

difficulté d'ajouter foi à ce que je dis de la part de Dieu, je me retire à l'écart et je prie Dieu, me plaignant à lui de ce que ceux à qui je parle ne me croient pas facilement. Ma prière à Dieu achevée, j'entends une voix qui me dit : « Fille de Dieu, va, va, je serai à ton aide. » Et quand j'entends cette voix, j'ai grande joie ; même je voudrais toujours l'entendre. » Et, en répétant ce langage de ses voix, elle était dans un ravissement, les regards levés au ciel.

Le chevalier Thibaud d'Armagnac dit aussi : « Dans le fait de la guerre, pour conduire et disposer les troupes, pour ordonner la bataille et animer les soldats, Jeanne se comportait comme si elle eût été le plus habile capitaine du monde. »

Demoiselle Marguerite de Touroulde, veuve de René de Bouligny, en son vivant conseiller du roi, a logé chez elle Jeanne, après le sacre de Reims.

Elle a déposé qu'elle avait souvent demandé à Jeanne: « Si vous ne craignez point d'aller aux assauts, c'est que vous savez bien que vous ne serez pas tuée.

— « Je ne suis pas plus sûre que les autres gens de guerre », avait répondu Jeanne.

J'ai souvenance, ajoute la déposante, que maintes femmes venaient à mon logis, quand Jeanne y demeurait, et lui apportaient des objets de piété pour les lui faire toucher. Jeanne riait et disait : « Touchez-les, vous-mêmes ; ils seront aussi bons par votre toucher que par le mien. »

Laissons les autres dépositions unanimes à attester la dévotion, la loyauté, la franchise, la simplicité de mœurs, l'intelligence, le bon sens, la bonté, la chasteté, l'absence de timidité, la résistance aux fatigues, l'énergie, le courage militaire, de la guerrière lorraine.

En résumé, elle possédait une mentalité supérieure.

III. — Psychologie de Jeanne d'Arc, d'après ses aveux et les témoignages.

Un fait insolite frappe, dans les aveux simples et touchants de Jeanne d'Arc, devant ses juges, c'est celui d'une petite paysanne, illettrée, âgée de treize ans, qui s'émeut de la détresse de sa patrie.

On dit : elle avait vu la guerre de près, puisqu'un jour elle dut fuir, avec sa famille, pour échapper à une razzia de partisans ennemis, flamands ou bourguignons. Ce fait peut impressionner vivement une enfant ; mais il n'est pas suffisant pour expliquer la mentalité de Jeannette d'Arc.

Il a pu être, tout au plus, l'incident occasionnel qui a déterminé l'évolution d'une mentalité préparée de naissance, comme le siège de Toulon fut l'occasion pour le génie de Bonaparte.

Nous avons vu, en 1870, le sol envahi, la défaite de nos armées. Nos désastres ont peut-être, comme en 1792, transformé certaines femmes en soldats ; mais ces femmes étaient nées avec le goût des armes, l'énergie et le courage des hommes ; les circonstances les ont rendues guerrières.

Pour elles, comme pour la Vierge de Domremy, la détresse de la patrie n'a été que l'occasion, non la cause.

En 1424, une paysanne de treize ans qui s'émeut de la détresse de la France, est certainement un fait plus surprenant qu'en 1792 ou en 1870 ; car dans la société féodale le patriotisme est un sentiment bien léger, pour ne pas dire nul, parmi les cultivateurs des champs. Les villageois, en ce temps-là, passaient, sans s'en douter, d'une vassalité à l'autre : on était d'un parti plus que d'une nation. Les seigneurs détenant les fiefs de Bour-

gogne, Bretagne, Guyenne, Flandre, Provence, Lorraine, étaient pour ou contre leur suzerain, suivant leurs intérêts. Il n'y avait pas de lien patriotique, mais un simple hommage de fidélité. Qu'importait au paysan d'être Bourguignon ou Armagnac, Normand, Anglais ou Français ?... Il se désintéressait de la querelle de son seigneur. Guerre civile ou guerre étrangère ne différaient pas pour lui : il était toujours pillé, incendié et tué par les deux champions.

La France pouvait devenir anglaise, comme l'Angleterre était devenue normande.

Il n'était pas même besoin d'invasion armée pour cela : un mariage princier changeait le nom politique d'un pays. La Bretagne ne devint-elle point française par le seul mariage de sa duchesse avec le roi de France?

En 1424, le royaume de France, c'est-à-dire Guyenne, Anjou, Poitou, Touraine, Berri, Orléanais, Parisis, Champagne, — était aux trois quarts aux mains des Anglais. Et le roi des Anglais, nullement de race anglaise, était Français par sa mère. Henri VI était le neveu de Charles VII.

La détresse du royaume de France émut une enfant de treize ans, au point qu'elle « eut volonté et affection pour que le roi eût son royaume ». Voilà un fait surprenant.

Cette petite fille comprenait que la défaite des soldats français était le résultat du découragement, de l'absence de force morale. Or, la force morale provient de la confiance en soi, en ses chefs, en la justice de sa cause, en ses moyens de défense ; de la foi en l'appui ou en l'intervention d'une puissance surnaturelle. Tout cela faisait défaut. Charles VII manquait d'énergie, de confiance en lui-même. Peut-être doutait-il de la légitimité de sa naissance et de sa cause ? Le roi se croyait abondonné de Dieu. Par cela seul, les soldats étaient vaincus d'avance.

Jeanne comprit la détresse du royaume et la nécessité de rendre la confiance et le courage par la certitude d'avoir Dieu avec soi, parce qu'elle avait l'intelligence des choses de la guerre. Elle possédait la mentalité d'un capitaine dans un corps de femme.

Les généraux de Charles VII ont attesté ses aptitudes guerrières.

De même que le berger Giotto dessinait ses brebis; Pascal, enfant, découvrait l'algèbre; Bonaparte, à Brienne, rêvait la conquête de l'Orient, la petite Jeanne d'Arc était obsédée par l'instinct belliqueux. Elle avait deviné la cause de la détresse du royaume, elle sentait d'intuition le rôle à jouer pour ranimer les courages, ce qui est la raison du succès dans la guerre.

Cela lui paraissait simple : avoir confiance en Dieu, et aller hardiment en avant. Elle implora son oncle pour la conduire au capitaine de Beaudricourt ; et elle dit à ce dernier : « Il n'y a de secours que de moi ; mandez au Dauphin de ne pas cesser la guerre ; avant la mi-carême, Orléans sera délivré ; c'est Dieu qui le veut. »

Mais Beaudricourt n'avait souci ni d'elle, ni de ses paroles.

A la fin, on la crut réellement inspirée ou envoyée de Dieu.

Son obsession, ou idée fixe, était une succession d'images visuelles, auditives et motrices où elle jouait le rôle de chef de guerre. C'était simple. Pourtant, sa raison discutait. Son intelligence de guerrier luttait avec sa nature de femme. Une pauvre fille pouvait-elle et savait-elle guerroyer et chevaucher?

Elle se rendait compte qu'habillée en homme elle aurait l'énergie suffisante pour accomplir ce plan de guerre.

Un esprit supérieur trouve toujours simple à exé-

cuter ce qu'il conçoit, précisément parce que sa supériorité psychique voit mentalement les images de la chose à réaliser, alors que les autres n'ont qu'un concept confus ou imparfait.

Le concept de Jeanne d'Arc lui apparaissait simple et clair, comme Napoléon, la veille d'Austerlitz, par exemple, voyait nettement, dans son esprit, la manœuvre tactique du lendemain. Pour lui c'était simple et clair. Pour tous les autres, cette simplicité n'est devenue évidente qu'après l'événement.

Le génie est une obsession, et la supériorité de l'intelligence consiste à réaliser l'image visuelle et motrice de cette idée fixe.

Jeanne d'Arc, guerrière de naissance, pensait aux choses de la guerre depuis l'âge de treize ans ; au lieu d'être orientée vers les occupations féminines, elle s'isolait et vivait son rêve de capitaine : délivrer Orléans ; courir à Reims, sauver le Roi. Une fois la légitimité du droit divin incontestée et consacrée, courir sus à l'ennemi. Le soulèvement général, conséquence du sacre de Charles VII, ramènerait la victoire sous l'étendard fleurdelysé, et l'Anglais finirait par sortir du royaume.

Comme le dit Michelet, « cette fille du peuple vit la question et sut la résoudre ». Elle la résolut en effet par le bon sens.

« Dussé-je user mes jambes jusqu'aux genoux j'irai. » Elle était comme une femme enceinte, dit la femme Le Royer, à qui le temps pèse. Expression fort justement appropriée à l'idée fixe. Beaudricourt finit par la mander.

Malgré l'aptitude guerrière et l'intuition des choses de la guerre, telle qu'elle se faisait alors, son obsession n'aurait pas abouti, si l'hallucination n'avait pas dominé sa mentalité et imprimé un caractère étrange à

son idée fixe. Ses visions ont été le facteur le plus important de son succès.

Rappelons la caractéristique de ce phénomène psychique et son interprétation au moyen âge.

Quelles que soient l'intensité de l'idée fixe et la puissance géniale d'un esprit, l'hallucination n'en est pas forcément la conséquence. Le phénomène est indépendant.

L'hallucination a surtout été étudiée dans l'aliénation mentale. Celle qui survient dans les mentalités saines, non délirantes, n'est point rare. Elle se manifeste sous les formes les plus diverses, depuis les perceptions auditives les plus insignifiantes jusqu'aux apparitions visuelles reproduisant des personnalités connues.

Jeanne d'Arc n'a jamais déliré. Et bien qu'elle ait cru à la réalité de ses hallucinations, elle n'a jamais été aliénée.

Ses hallucinations étaient très fréquentes et constamment en rapport avec son aptitude belliqueuse, son obsession d'aller secourir son roi. Ses apparitions l'entretenaient de son rôle de capitaine, de son concept de libératrice du royaume.

A notre époque, et parmi nous, le sujet sain d'esprit, éprouvant une hallucination, se rend compte que sa perception est purement imaginaire, sans réalité. Il sait faire la différence entre la sensation vraie et la sensation fausse; il ne croit pas à l'objectivité de ce qu'il voit, entend ou touche, parce qu'il est conscient que le phénomène est subjectif.

Au moyen âge, il n'en était pas ainsi. La science n'existait pas. Et de même que personne ne doutait du mouvement du soleil autour de la terre, personne ne soupçonnait la subjectivité des hallucinations. On croyait à leur réalité matérielle, et on les distinguait par leur provenance : venaient-elles de Dieu ou du diable?

Jeanne d'Arc ne pouvait pas avoir une autre interprétation que celle admise de son temps. Elle voyait et entendait des personnages qu'elle croyait descendus du ciel pour la conseiller et la diriger.

Ainsi quand elle passa la nuit avec Catherine de la Rochelle, qui prétendait avoir aussi une vision, elle s'attendait à percevoir la même apparition.

Quand, dans son procès, elle raconta à ses juges comment le roi de France eut foi en elle, parce qu'elle le visita en compagnie d'anges et de saintes, elle affirma que des témoins avaient réellement vu les personnages célestes apporter la couronne d'or. Ces témoins, dans leurs dépositions, en 1456, lors du procès de réhabilitation, n'ont point fait allusion à cela. Ce fait ne pouvait donc être qu'une hallucination, ou une comédie pour duper Jeanne, le roi et la cour.

Dès sa première hallucination Jeanne crut à l'intervention divine. « J'entendis, dit-elle, une voix accompagnée de clarté : cette voix me parut bien noble ; je crus qu'elle venait de Dieu. » Elle ne pouvait avoir aucun doute sur une corrélation établie entre elle et le ciel, puisque ses apparitions reproduisaient les anges, les saintes, d'après les imageries ecclésiastiques. « Je vis saint Michel. Il avait la forme et l'habit d'un honnête homme. »

Ces apparitions de personnalités, semblables à celles des peintures des églises, l'encourageaient à la dévotion, à la piété, à faire vœu de chasteté ; comment aurait-elle pu douter de leur nature de sainteté? Ces visions et auditions affermissaient son obsession guerrière, lui traçaient la voie à suivre. « Jeannette, quitte ton village, vas en France. — Va trouver Robert de Beaudricourt pour qu'il te conduise au gentil Dauphin. — Va, hardiment. Tu feras lever le siège d'Orléans. — Va, je serai à ton aide. »

A partir de l'âge de treize ans, sa mentalité se dédoubla en deux *moi* qui dialoguaient l'un avec l'autre. Le moi conscient de la petite fille illettrée discutait, reculait, ne sachant ni guerroyer ni chevaucher; et le moi de l'obsession guerrière, la personnalité du capitaine, entrait dans la sphère de sa conscience, sous forme d'hallucinations. Ce second moi lui paraissait étranger à elle-même, et une apparition réelle, un être céleste matériel, sous figure alternative de saint Michel, sainte Catherine, sainte Marguerite.

Par un travail mental exécuté en dehors de sa conscience, plus exactement, dans sa subconscience, inaperçue d'elle-même, ce moi, qui lui apparaissait étranger à sa personnalité, lui donnait la solution des difficultés et des questions, au fur et à mesure des événements. Elle devina Beaudricourt et Charles VII, vraisemblablement d'après ouï-dire.

En présence d'un incident, elle faisait appel à ce moi subconscient, requérait ses saintes, qui lui formulaient la solution du problème. « Quand je suis contrariée en quelque manière, expliqua-t-elle au roi, parce qu'on fait difficulté d'ajouter foi à ce que je dis, je me retire à l'écart, et je prie Dieu, me plaignant à lui de ce que ceux à qui je parle ne me croient pas facilement. Ma prière achevée, j'entends une voix qui me dit : Fille de Dieu, va, va, je serai à ton aide. »

Prier Dieu, c'est s'autosuggestionner. Demander d'être sage ou courageux, c'est faire appel à sa propre énergie, à sa réflexion, à son pouvoir d'inhibition. La partie subconsciente de son moi entrait dans sa conscience sous forme d'hallucination verbale et visuelle qui raffermissait son courage. De même que les mots de patrie, honneur, drapeau, provoquent, chez les soldats, l'élan indispensable pour affronter la mort.

Quand elle a expliqué son hésitation à s'enfuir en

sautant de la tour de Beaurevoir, au risque de se tuer, elle a bien rendu compte de ce dialogue entre ses deux moi. « Je me savais vendue aux Anglais, a-t-elle raconté. Sainte Catherine me disait chaque jour de ne point sauter, et moi je lui répondais : « Je veux aller au secours de ceux de Compiègne. » Alors elle me dit : « Vous devez vous résigner à être prisonnière. » Et moi je répondais : « Je ne veux pas ». Finalement, par horreur des Anglais, je sautai. Je fus deux ou trois jours sans manger ni boire, toutefois je fus réconfortée par sainte Catherine qui me dit : « Confesse-toi et demande pardon à Dieu d'avoir fait le saut. »

L'explication psychologique de Jeanne d'Arc sur sa propre mentalité est du même ordre d'interprétation : « Lorsqu'une difficulté se présente, je fais requête à sainte Catherine et à sainte Marguerite ; elles font requête à Dieu, et puis du commandement de Dieu elles me font réponse et elles me disent : Va hardiment ».

Quand un chercheur, le matin au réveil, trouve la solution du problème de la veille ; quand, dans notre conscience, surgit inopinément la réponse à la difficulté posée à nos méditations depuis plusieurs jours, il y a eu travail mental en dehors de notre conscience ; l'automatisme psychique a fonctionné dans le subconscient. Il en était de même pour Jeanne, avec cette particularité que le subconscient s'accompagnait d'hallucination visuelle et auditive au moment où il devenait conscient, et c'est à ce subconscient devenu conscient hallucinatoire, qu'elle donnait le nom de saint Michel, sainte Catherine, sainte Marguerite, suivant l'image mentale reproduisant la figure propre à ces personnages de peinture d'église.

Ce dédoublement du moi s'effectuait chez elle très fréquemment, par intermittence, en dehors de sa volonté, quelquefois sur sa détermination à le provoquer. Et elle

croyait recevoir l'inspiration de Dieu, alors qu'elle élaborait, en partie inconsciemment, les conseils qu'elle se donnait. C'était elle-même qui restait juge de ce qu'elle devait dévoiler ou taire. « Je n'annonçai pas mon départ à mon père, ni à ma mère, parce que mes voix s'en rapportaient à moi de ce que je devais dire ou taire. » Mais néanmoins elle se croyait forcément une envoyée de Dieu. « Je suis venue au roi de France de la part de Dieu. Je n'ai rien fait que par révélation. »

Pouvait-elle échapper à cette interprétation de l'inspiration divine?

Non. De son temps, tout dans le monde, la nature et l'humanité s'expliquait par Dieu et le diable.

V. — La condamnation de Jeanne d'Arc.

L'Église seule était compétente pour distinguer les manifestations, révélations, inspirations divines, des manœuvres diaboliques. Les troubles provoqués par l'hystérie, appelés sorcellerie, étaient l'œuvre de Satan ; et l'Église condamnait au feu les malheureuses névropathes. La folie, ou possession démoniaque, était exorcisée ; et l'hallucination de nature mystique, sanctifiée.

Le débat du procès de Jeanne d'Arc porte tout le temps sur ce diagnostic : L'accusée vient-elle de Dieu ou de l'enfer?

La jeune Lorraine était pieuse, sage; voyait et entendait des anges et des saintes, fréquentait l'église, priait, communiait; avait fait vœu de virginité. Elle évita les amusements de son âge sous l'arbre des fées ; elle s'abstint de fréquenter les fêtes populaires. Elle ne pouvait pas avoir l'idée d'être la victime d'une manœuvre diabolique, puisque ses apparitions lui conseillaient la vertu et le dévouement à son roi. Mais son interprétation de ses visions aurait été tout autre, si elle avait

vu ou entendu, par exemple, des personnages lui conseillant le mariage ou les désirs charnels.

Dans la société ignorante et crédule du moyen âge, Dieu et le diable étaient des puissances surnaturelles excessivement occupées, non seulement dans le gouvernement du monde, mais encore dans la conduite privée de chaque être humain, à l'instar des dieux du paganisme qui intervenaient sans cesse dans les actions des hommes et la politique des cités.

De nos jours, ces puissances, la céleste et l'infernale, jouissent d'un peu plus de repos, depuis que la gravitation, l'électricité, les rayons X, l'hérédité, l'atavisme, les microbes et toutes les énergies biologiques et physico-chimiques sont devenues les régisseurs des faits de la nature. L'Église seule reste fidèle à sa métaphysique enfantine résumée en : tout bien vient de Dieu, et tout mal vient du diable ; parce que l'Église ignore la science et la méprise de parti-pris. Elle a l'orgueil inébranlable de croire posséder toutes les vérités.

La science, par l'analyse psychologique, découvre que la libératrice de la France fut un génie d'homme de guerre dans un corps féminin, avec dédoublement de sa personnalité, dans lequel le moi subconscient entrait dans la sphère consciente par le phénomène de l'hallucination sans délire, moi subconscient auquel, devenu conscient, elle attribuait une existence réelle et étrangère à elle-même, sous les noms différents de saint Michel, sainte Catherine et sainte Marguerite.

Dans le milieu où elle vécut, non seulement elle ne pouvait pas être comprise, mais ses contemporains furent bien moins surpris de ses visions qu'intrigués de savoir si elle était une envoyée de Dieu ou du diable.

Arrivée auprès du roi de France, elle fut livrée à l'examen du clergé.

Charles VII n'aurait jamais accepté le secours guer-

rier ou politique d'une personne réprouvée par l'Église ; il n'aurait ni pu, ni voulu, recouvrer son royaume par l'intervention du démon.

Quand l'Église de France eut déclaré Jeannette envoyée de Dieu, l'enthousiasme populaire reparut, la confiance du monarque se réveilla, la légitimité de son bon droit ne fut plus discutée, le courage des soldats se raviva, un autre état d'âme s'empara des Français. Dieu était avec Charles VII, contre les Anglais. La victoire allait revenir sous les étendards du roi. On reprit les armes et on marcha, sous la conduite de la Pucelle, au secours d'Orléans assiégé.

Par contre les Anglais insultaient la guerrière, l'appelant sorcière, ribaude et fille du diable. Ils n'avaient qu'un désir, s'en emparer et la faire condamner par l'Église, afin de prouver que Charles VII obéissait à une émanation infernale.

Ils réussirent à la prendre par trahison.

Dans ce procès de tendance, le tribunal ecclésiastique était composé de quarante-huit prêtres, dont huit évêques, tous théologiens ou docteurs en droit canon.

Ce procès et cette condamnation nous font aujourd'hui horreur ; mais les contemporains n'y virent qu'une chose fort naturelle : un débat pour savoir si la guerrière venait de Dieu ou du diable.

Quant au procès en réhabilitation de 1456, il fut bien plus le procès fait aux juges de 1430, pour leur déni de justice, que la démonstration de l'inspiration divine de Jeanne d'Arc. Et la preuve en est dans la déposition de certains juges qui déclarèrent en 1456, avoir cru d'abord à l'inspiratron divine de Jeanne, puis en avoir douté et finalement l'avoir condamnée, parce qu'il leur avait paru certain qu'elle avait été réellement une fille du diable.

Ce n'est que de nos jours que Jeanne d'Arc apparaît

dans toute la gloire de son génie, à la lumière éclatante de la psychologie. Pour nous, elle n'est pas un jouet dont Dieu ou le diable tire les ficelles. C'est un être humain, grand par l'énergie, l'intelligence et le sacrifice de soi, mis au service de la plus grande et la plus noble des causes — la délivrance de la patrie par les armes. — Jeanne d'Arc fut une intelligence d'homme de guerre dans un corps de femme, qui, après une vie de fatigues et de dangers dans les combats, termina ses jours par un affreux martyre.

Pathologie.

LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DANS LA SUISSE ROMANDE

ÉTUDE STATISTIQUE COMPARATIVE
SUR LA RARETÉ DE CETTE AFFECTION DANS CERTAINES CONTRÉES
SPÉCIALEMENT DANS LE CANTON DE FRIBOURG

Par le Dr SERRIGNY
Médecin directeur de l'asile d'aliénés de Marsens,
canton de Fribourg (Suisse).

Si actuellement la symptomatologie de la paralysie générale est bien connue, il est malheureusement un point qui dans son histoire reste encore obscur : nous voulons parler de sa pathogénie et de son étiologie.

Toutes les causes ont tour à tour été invoquées pour expliquer son apparition chez un individu, et aujourd'hui encore l'on n'est pas complètement d'accord pour expliquer sa genèse. Hérédité, alcoolisme, syphilis, intoxications, surmenage, civilisation, etc., etc., on a tout passé en revue, chaque observateur apportant à l'appui de sa thèse des preuves irréfutables.

Les uns veulent attribuer à la méningo-encéphalite chronique diffuse une cause unique, tandis que pour d'autres les troubles relèvent tantôt d'une cause tantôt d'une autre, voire même de plusieurs réunies :

« *Grammatici certant et adhuc sub judice lis est.* »

Un point sur lequel tous les aliénistes sont d'accord, c'est que cette terrible maladie, contre laquelle nous sommes si désarmés, fait chaque année de plus nombreuses victimes, et qu'elle se répand peu à peu dans des contrées jusque là indemnes. Il y a vingt ans, par exemple, elle était exceptionnelle chez les Arabes, inconnue chez les nègres ; actuellement les cas en sont de plus en plus fréquents. De la constatation de ce fait clinique à l'hypothèse de l'influence de la civilisation il n'y avait qu'un pas.

Pour nous, habitué à soigner dans les asiles français un nombre très considérable de paralytiques, et à trouver dans les statistiques de ces asiles un pourcentage très fort de ces malades par rapport au chiffre total des entrées, nous avons été surpris à notre arrivée à Marsens du nombre très restreint de paralytiques qui s'y trouvaient. En 1897, il y en avait seulement quatre ou cinq sur une population hospitalière de cent quatre-vingts malades.

A mesure que ce fait nous frappait, un autre attirait notre attention : parmi nos paralytiques, tous n'étaient pas fribourgeois. Bien plus, en questionnant soit les malades, lorsqu'ils étaient capables de fournir des renseignements, soit leurs parents, amis, etc., nous apprenions que la plupart des fribourgeois atteints de méningo-encéphalite, avaient fait à l'étranger un séjour plus ou moins prolongé.

En 1901, le Dr Remy, médecin à Bulle, qui, depuis plus de vingt ans, fonctionne comme médecin-adjoint (ou plutôt comme suppléant pendant les absences du directeur ou les intérims), signalait le fait dans une étude présentée à la Société médicale de Fribourg (1).

(1) Voir *Revue médicale de la Suisse Romande*, juin 1901. De la rareté et des causes de la paralysie générale dans le canton de Fribourg.

Avant la publication de ce travail, auquel nous avons pour notre part puisé quelques renseignements, nous avions déjà nous-même conçu l'idée d'étudier la question sans en avoir parlé à notre confrère.

Son travail, très apprécié par la Société de médecine de Fribourg, ne faisait que confirmer notre opinion et venait donner plus de force à notre constatation.

Nous avons repris cette thèse à un point de vue plus général, persuadé que le sujet pourra offrir quelque intérêt à tous ceux qui, de près ou de loin, s'occupent de l'aliénation.

L'asile de Marsens reçoit actuellement à peu près tous ses malades du canton de Fribourg (128.000 habitants). Jusqu'à la fin de 1901, il a reçu, en vertu d'une ancienne convention, les aliénés du Valais, ce canton n'ayant encore point d'asile. Jusqu'en 1895, il recevait aussi quelques Bernois, les asiles de ce canton étant insuffisants.

Mais on peut recevoir en première et deuxième classe n'importe quels pensionnaires : Suisses, Français, Allemands, Italiens, etc. Car à l'asile proprement dit sont annexés deux pavillons modernes (1896), construits à une certaine distance, entièrement distincts et ne laissant rien à désirer.

Chaque année la direction de l'asile fournit au Conseil d'État et au grand Conseil un relevé statistique médical, administratif et économique.

A l'aide de ces relevés, il nous a été facile d'établir le tableau suivant qui indique le nombre de paralytiques généraux traités à Marsens depuis la fondation de l'asile jusqu'en 1902 exclusivement.

Nous avons pris soin toutefois de diviser ce tableau en deux parties : la première (octobre 1875 à 1883) ne fournissant qu'un état approximatif, un bon nombre de renseignements sur les malades faisant défaut ; et la

deuxième partie (1884-1901), que nous considérerons comme aussi exacte que possible.

ANNÉES	NOMBRE TOTAL d'entrées.	FRIBOURGEOIS seuls.	PARALYTIQUES généraux. — Total. H.	F.	FRIBOURGEOIS	ÉTRANGERS au canton.
1875-1876	97	59	4	0	3	1 (Berne).
1877	58	46	1	0	1	
1878	67	43	5	1	3	2 (Berne), 1 (Genève).
1879	67	40	4	1	3	1 (Berne), 1 (France).
1880	58	39	4	2	?	
1881	48	40	2	0	?	
1882	55	41	1	1	?	
1883	51	41	1	1	?	
1884	46	35	3	0	2	1 (Genève).
1885	60	41	3	0	2	1 (Berne).
1886	46	33	1	1	2	
1887	42	34	2	0	2	
1888	53	32	1	1	2	
1889	57	36	2	0	2	
1890	58	38	3	0	1	1 (Lucerne) 1 (Argovie)
1891	54	37	1	0	0	1 (Valais).
1892	59	43	2	1	2	1 (Berne).
1893	60	45	3	1	2	1 (Valais), 1 (France).
1894	49	47	3	0	3	
1895	51	34	0	1	1	
1896	68	51	2	1	3	
1897	77	59	3	1	3	1 (France).
1898	108	83	4	1	4	1 (France).
1899	74	51	2	0	0	2 (Valais).
1900	102	74	2	1	1	1 (Vaud), 1 (Valais).
1901	82	67	1	1	1	1 (Vaud).
	1.166	840	38	10	33	

Quelles conclusions tirer du tableau précédent ? Quelques simples chiffres nous le diront.

De 1884 à 1901, soit pendant dix-huit ans, il y a eu un total de 1.166 entrées dont 840 Fribourgeois.

Parmi eux on trouve 48 paralytiques (38 hommes et 10 femmes), dont 15 étrangers au canton; soit seulement 33 Fribourgeois, c'est-à-dire 3,8 p. 100 de Fribourgeois.

En outre, d'après l'examen de quelques chiffres on peut voir que si l'aliénation, ou plutôt le nombre des entrées, a augmenté ces dernières années, à Marsens comme dans tous les asiles, la proportion de paralytiques paraît au contraire être en diminution, ou tout au moins stationnaire. Par exemple, de 1884 à 1886 sur 109 Fribourgeois aliénés, il entrait 6 paralytiques, ou 5,5 p. 100; tandis que de 1898 à 1901, sur 275 malades, il n'y en avait que 7, soit 2,5 p. 100.

Mais, dira-t-on, ces chiffres sont-ils l'expression exacte du nombre de paralytiques pouvant exister dans le canton dont ils sont originaires? Oui, à peu de chose près, pourrons-nous répondre, et pour les motifs suivants.

L'autonomie des cantons suisses est beaucoup plus considérable que ne l'est celle des départements français.

Par suite du droit de bourgeoisie, un aliéné, originaire du canton de Fribourg, reviendra toujours à l'asile de son canton, eût-il habité très longtemps en dehors, n'y eût-il même jamais séjourné, n'y fût-il même pas né, à moins qu'il n'ait une fortune suffisante pour aller se faire soigner ailleurs.

En outre, dans tous les asiles suisses, le prix de pension est toujours un peu moindre pour les malades du canton que pour ceux d'un canton voisin.

A ces deux considérations, nous en ajouterons une d'ordre médical. Personne n'ignore que les paralytiques sont des malades pénibles et difficiles à garder, parfois dangereux : il y a donc bien des chances pour qu'il n'y en ait pas eu dans les hôpitaux ordinaires dont les mé-

decins se hâtent généralement de s'en débarrasser, lorsqu'il en entre par mégarde.

Nous n'examinerons longuement ni l'âge de nos malades, ni leurs professions : cela ne nous apprendrait rien que tout le monde ne sache déjà, et n'excuserait pas les longueurs où cela nous entraînerait. Nous ferons seulement remarquer, à propos des professions, que nous avons trouvé des paralytiques dans tous les métiers. Toutefois les agriculteurs sont les moins atteints, tandis que toutes les autres professions fournissent un contingent plus ou moins élevé.

Tels sont les faits et les chiffres que nous dégageons du relevé des livres. Ils sont clairs et indéniables.

Au lieu de nous contenter de simples chiffres que l'on pourrait peut-être croire produits tout exprès pour les besoins de la cause, reprenons un peu en détail l'observation des paralytiques que nous avons connus à Marsens depuis 1897, en insistant sur quelques remarques intéressantes.

Bien entendu, nous ne parlerons que des ressortissants fribourgeois et valaisans, en faisant observer que les observations ci-dessous au nombre de douze sont celles de *tous* les paralytiques entrés depuis 1897 (exception faite des étrangers). Ce n'est donc pas un choix, une sélection, malgré le manque de détails qui peuvent exister dans quelques-unes d'entre elles que nous n'avons pas prises nous-mêmes (les trois premières).

Obs. I. — A. S..., quarante et un ans; hérédité chargée : mère aliénée ainsi que sa grand'mère, une sœur idiote, une autre épileptique. Célibataire. Assez bonne éducation, a dû quitter le pays pour aller gagner sa vie ailleurs. Etait assez intelligent. Va en Italie où il se place comme garçon de brasserie, puis devient journaliste. Dissipe bientôt ce qu'il gagne, se fait renvoyer et rentre à la maison paternelle où les premiers symptômes de la maladie ne tardèrent pas à se manifester pour le public.

Caractère ambitieux, délire de satisfaction et de grandeurs.

Séjourne à peu près un an à l'asile, et y meurt de marasme compliqué d'œdème pulmonaire.

Rien de précis au point de vue de la syphilis.

Obs. II. — M. R..., sexe féminin; trente et un ans, célibataire. Fille de magasin à Genève, lorsqu'elle tomba malade.

Elle perdit connaissance dans la rue, puis ne se souvint de rien, divagua, présenta une incohérence complète pour laquelle on l'interna aux Vernets.

Transférée à Marsens (décembre 1896), elle présente à l'entrée un affaiblissement considérable de la mémoire, des troubles vagues de l'idéation, et une certaine difficulté à articuler les mots.

Réflexes tous très exagérés. Tremblement fibrillaire de la langue, nystagmus léger, paresse des pupilles à réagir.

Le diagnostic est encore incertain.

Sort, réclamée par sa famille, après un mois de séjour.

Six mois après, elle rentre à l'asile : les troubles de la parole ont été en augmentant, si bien qu'en juillet ils dominent la scène et sont caractéristiques.

Intelligence et mémoire affaiblies considérablement; paraît indifférente à tout.

Tremblement fibrillaire des muscles de la face, de la langue.

Tremblement à peu près généralisé à tout le corps.

Démarche encore assurée, ne traîne pas les pieds.

Force musculaire assez conservée, mais maladresse extrême; elle laisse tout tomber.

Pupilles égales, réagissent bien.

Gâtisme absolu jour et nuit.

Novembre 1897. Démence absolue : impossible de comprendre ce qu'elle dit. Apathie et indifférence absolues; crie ou pleure parfois sans motif.

Dort assez bien.

1898. Engraisse beaucoup. L'état progresse peu à peu.

On doit l'aliter en août 1898, par suite de faiblesse.

Décès en novembre par marasme.

Autopsie. Lésions macroscopiques ordinaires.

Pas de renseignements sur la syphilis ou l'alcoolisme.

Obs. III. — A. G..., cinquante-deux ans, verrier, marié; entré le 14 août 1897.

Début récent par des accès de violence envers sa famille (certificat d'entrée), mais semblant résulter de nombreux excès

alcooliques. Il s'en vante et a pris des « cuites fédérales » (expression locale indiquant le plus haut degré). Il se sent fatigué et veut se soigner pour continuer ses excès.

Expression d'hébétude et d'indifférence. Etat de satisfaction habituelle, il est heureux, il est bien.

Inégalité pupillaire : la droite est plus grande.

Septembre. Gâtisme absolu, nécessitant l'isolement du malade.

Amaigrissement rapide, facies terreux.

Ne reconnaît personne.

Il est l'homme le plus heureux du monde.

Parole hésitante, embarrassée, bégaiement.

Trouble de la démarche. Tremblement fibrillaire de la langue.

Octobre. A pris une attaque épileptiforme, avec un peu d'hémiplégie gauche passagère,

Se lève trois jours après. Le gâtisme a disparu à la suite de l'attaque.

Décembre. Les troubles augmentent d'intensité, mégalomanie nette. Il est riche, a des millions.

Nouvelle attaque le 9 février, à la suite de laquelle il meurt.

Autopsie. Lésions classiques.

Obs. IV. — A. S..., quarante ans, serrurier, marié.

Certificat d'entrée : « Paralysie générale » (19 janvier 1898).

Ce malade a voyagé dans plusieurs cantons pour apprendre son état et s'y perfectionner. Il a plusieurs enfants, ne paraît pas avoir eu la syphilis, pas d'excès alcooliques.

La maladie a débuté il y a quelques mois ; il pouvait encore travailler de son état.

On constate à l'entrée des signes non équivoques de méningo-encéphalite diffuse :

Troubles moteurs légers, pas de troubles de la démarche, tremblement de la langue, des doigts, des muscles de la face. Pas de troubles pupillaires.

Troubles de la parole absolument typiques.

Idées de satisfaction et de grandeur. Sans être riche, dit-il, il est fortement à l'aise (ce qui est faux).

Yeux hagards, fixant la première personne qui se présente et ne la quittant plus des yeux.

Mars 1898. L'état a empiré : le malade a des idées de grandeur très accentuées. Il a fait plusieurs inventions très importantes, entre autres une pour empêcher les collisions de trains.

Il est très riche et demande ses millions.

Août. Très halluciné. Entend parler, se dispute avec des êtres imaginaires.

Tous les clous, les trous de serrure, sont pour lui des appareils téléphoniques où il fait des conversations interminables et incompréhensibles.

Souvent bruyant.

1899. Aggravation notable. Troubles de la démarche, troubles oculo-pupillaires; hallucinations, crie, fait des grimaces.

Rien de particulier à noter dans le courant de l'année que la marche progressive de l'affection.

1900. Même état. Affaiblissement rapide.

Décès en juin, dans le marasme le plus complet.

Obs. V. — F. B..., professeur, célibataire.

On trouve chez lui une hérédité mentale et nerveuse très nette : père mort apoplectique, un frère a été aliéné. Entré le 19 mai 1898.

Ce malade vient de Turquie, rapatrié par la police. Il y était professeur de langues française et allemande. Syphilis douteuse mais très probable, malade classique à tous les points de vue.

Délire et mégalomanie très accentués. Gagne des millions ; a trouvé un nouveau remède contre la rage, qui va l'enrichir.

Très agité, halluciné. Doit être isolé la nuit.

Un soir, dans une hallucination, démolit son lit, en extrait une barre de fer avec laquelle il essaie d'ouvrir sa porte et ne réussit qu'à fausser la serrure.

Il brise alors toutes les vitres de sa cellule (2 centimètres d'épaisseur). On dut faire sauter la porte pour entrer.

Malade très ennuyeux.

Idées de négation : il est mort, pourri, etc. Hallucinations de la sensibilité générale et de la vue (voit des spectres); pousse des hurlements plaintifs et stridents.

8 *novembre* 1898. Meurt dans le marasme.

Obs. VI. — G. P..., quarante-six ans, célibataire, ingénieur.

Seizième enfant de sa famille. Un frère tabétique, un autre apoplectique.

Travailleur et intelligent, il obtient son brevet d'ingénieur à vingt-deux ans. Il va en France et contribue à la construction des chemins de fer de Clermont-Ferrand à Tulle, puis de Dôle à Poligny. Va ensuite en Portugal, enfin en Espagne. C'est là qu'il commence à ressentir les symptômes d'une « sciatique ».

L'analyse des symptômes montre qu'il s'agit d'une période préataxique bien caractérisée.

Il a eu quelque temps auparavant la syphilis.

Rentré à Fribourg, il accuse de malversations son notaire, alors que lui-même aurait mal géré ses affaires. Se lance dans le commerce où il perd bientôt 15.000 francs, achète un terrain, se marie, et est obligé de vendre à perte, et abandonne sa femme.

Enfin, revient à Fribourg, où, rencontrant son notaire, il l'accuse de tout le mal et le frappe d'un coup de coutelas.

Il est alors l'objet d'une expertise médico-légale et est envoyé pour examen à l'asile (19 juillet 1898).

L'examen révèle tous les signes d'un tabes compliqué de méningo-encéphalite diffuse.

On note la perte des forces, la démarche incertaine, l'instabilité debout et en équilibre (signe de Romberg), tremblement des doigts, de la langue et de la face.

Ecriture typique. Mots sautés.

Signe d'Argyll Robertson. Léger ptosis des deux paupières.

Anesthésies variées, surtout plantaire. Cryesthésie. Perte du sens musculaire, erreurs de localisations au contact.

Réflexes abolis.

Idées de grandeur et idées de persécution mélangées.

Tout le monde a contribué à le ruiner.

Mémoire affaiblie. Emotivité exceptionnelle, etc., etc.

En somme, tabétique avéré, paralytique général indubitable, et idées de persécution.

A l'audience, le malade fut acquitté et renvoyé à l'asile comme irresponsable.

1899. La maladie marche progressivement, mais très lentement.

Ce qui domine alors, ce sont les idées mégalomaniaques. Il a des millions à la poste, il veut aller les chercher, forme des projets superbes, etc.

Les troubles de la parole sont caractéristiques.

1900. Le malade reste à peu près stationnaire au point de vue mental, tandis que les troubles paralytico-tabétiques augmentent. Par moments, il ne peut plus rester debout, et l'on croit qu'il s'alite définitivement. Il n'en est rien, car il se relève bientôt.

Ce qui frappe en lui, c'est une mémoire encore très bien conservée ; il cite des dates avec une justesse incroyable, il se rap-

pelle la date du jour où il a voulu tuer le notaire, son jugement, etc. Cette mémoire presque intacte contraste avec les autres troubles de l'intelligence, la perte des sentiments affectifs, les troubles paralytiques, etc.

Il engraisse et maigrit tour à tour.

1901. Le malade parle peu, mais est dans un état de démence à peu près complète.

Gâteux par moments.

Faiblesse extrême des jambes, trébuche à chaque instant.

Il est probable qu'il vivra encore quelque temps (1).

Obs. vii. — M. J..., trente-trois ans, sexe féminin. Célibataire, a deux enfants illégitimes.

A déjà fait un séjour à Marsens en 1894 pour un accès de manie aiguë, à la suite duquel elle aurait eu quelques troubles paralytiformes. Puis ils disparurent.

Elle a passé une partie de sa vie à Genève, dès sa jeunesse, et y menait une vie assez légère. Pas de renseignements précis pour savoir si elle a eu la syphilis.

Entre à nouveau le 1er septembre 1898, en proie à une agitation violente : cris, vociférations ; brise tout, s'arrache les cheveux, déchire ses vêtements ; incohérence complète ; gâtisme, insomnie, mange mal. Amaigrissement rapide et considérable.

Cet état dure trois mois complets.

1899, *janvier*. L'agitation cesse un peu ; on note alors des troubles de la parole très accentués.

Elle est alors très faible, et lorsque l'agitation a cessé, on constate à peu près tous les signes d'une paralysie générale déjà très avancée.

Reste gâteuse, ne peut presque plus parler ni se tenir debout.

Ramasse tout ce qu'elle trouve, déchire ses habits. Engraisse rapidement.

Juin. Etat d'hébétude continuel, facies béat, rit sans cesse, se laisse frapper par d'autres sans avoir l'idée de se défendre.

Ne dit rien. Démence complète apparente.

1900. Cet état va en augmentant et l'on doit aliter la malade d'une façon définitive, car elle ne peut même plus se tenir assise.

Ne fait plus que manger ; toute vie intellectuelle est anéantie.

---

(1) Ce malade est mort après avoir présenté subitement des troubles paralytico-infectieux graves de la vessie. Rien de particulier à l'autopsie.

Diarrhée en permanence.

Devient raide et soudée (mai).

20 *septembre*. Attaque épileptiforme répétée en deux ou trois fois et qui entraîne la mort.

Autopsie. — Lésions classiques. Adhérences excessivement nombreuses et très épaisses.

Dégénérescence graisseuse du foie, du cœur et du rein.

Obs. VIII. — A. D..., quarante-deux ans. Originaire du Valais. Marié, n'a pas eu d'enfant. Maître d'hôtel.

Excès alcooliques nombreux et de longue date, allait jusqu'à boire dans le verre de ses clients. A l'entrée (31 janvier 1899), présente des troubles de la parole accentués, hésitation, achoppements, bégaiement, saute des mots.

Troubles de la marche accentués.

Réflexes rotuliens diminués.

Tremblement des muscles de la face, de la langue, des doigts, ce dernier très intense (plutôt alcoolique).

Idées de grandeur. Il a un hôtel dans le Valais qui a cinq cents chambres et rapporte des millions par an. En hiver il va à Monte-Carlo occuper un poste de croupier qui lui rapporte 1000 francs par soirée. Et cela depuis vingt-cinq ans. Il est donc excessivement riche.

Veut aller demain à la foire de C... acheter 2000 vaches et les revendre.

Quelle date est-ce demain? — 20 avril (c'est le 2 février).

Perte de mémoire, de l'affectivité, ne parle pas de sa femme. Intelligence confuse.

Les troubles se maintiennent; la famille essaie de le prendre à la maison, mais on le ramène trois jours après.

Juin. Rémission marquée, marche mieux, tente de s'évader, mais sans succès.

Septembre. Cet état se maintient, le malade paraît aller bien mieux sous tous les rapports.

On le fait sortir.

On le ramène le 31 mai 1900. Le malade a recommencé ses excès de boisson.

Les troubles sont alors poussés à l'excès; il ne peut presque plus se tenir sur ses jambes; le tremblement est tel qu'il ne peut plus manger, la parole est inintelligible et la démence complète.

Le malade a beaucoup maigri.

On distingue encore des idées mégalomaniaques.

Septembre. Le malade engraisse beaucoup.

Cet état se maintient jusqu'au 8 avril 1901, époque à laquelle une attaque apoplectiforme enlève le malade. Pas d'autopsie.

Le malade avait beaucoup voyagé en France, et avait mené une vie assez agitée au dehors, surtout dans le midi de la France où il allait tous les hivers. Syphilis douteuse.

Obs. IX. — E. H..., quarante-quatre ans, célibataire. Valaisan. Mère nerveuse. Un frère et une sœur morts aliénés. Pas de renseignements précis sur la syphilis. A voyagé beaucoup en Allemagne et en Suisse. Entre le 8 juin 1899. Malade déjà depuis cinq à six mois. La veille de son arrivée, a sauté d'une fenêtre du troisième étage dans la rue. Fracture de la hanche gauche.

Troubles de la parole nets et caractéristiques. Réflexes exagérés.

Agitation assez violente, pousse des cris plaintifs. Hallucinations de la vue et de la sensibilité générale.

Démence complète, cause moitié français moitié allemand, répond par autre chose à ce qu'on lui demande.

Août. Malade toujours agité, malpropre, gâteux, reste volontiers couché malgré son agitation constante.

Augmentation des symptômes. Délire des négations : il est mort, il est tué, plus rien n'existe, il n'a plus d'estomac. Il mange cependant bien.

Novembre. Décubitus. Affaiblissement progressif.

14 *Janvier* 1900. Pendant la nuit le malade s'est levé, et sans qu'on puisse l'en empêcher s'est roulé à terre violemment, se frappant la tête contre le plancher, et a expiré peu après.

Autopsie. — Rien de particulier à noter autre que de l'œdème cérébral en plus des autres lésions de paralysie générale.

Obs. X. — H. P..., trente-trois ans, électricien. A longtemps travaillé à Paris où il a contracté la syphilis il y a dix ans, s'est marié à Paris après avoir consulté un médecin à ce sujet, et est revenu en Suisse. A deux enfants bien portants. Sa femme n'a pas contracté la syphilis, plusieurs médecins qu'elle a consultés à ce sujet le lui ont affirmé.

A toujours soigné sa syphilis régulièrement, faisant chaque année au printemps et à l'automne une cure mixte d'une certaine durée ; aussi n'a-t-il eu aucun accident secondaire, à part la roséole.

Très intelligent, se surmène beaucoup depuis qu'il est à Fribourg.

Entre à l'asile le 23 octobre 1900 avec le diagnostic syphilis cérébrale.

Très agité, crie, chante, barbouille les murs avec ses matières, coprophagie.

Incohérence complète, ne dit pas deux mots de suite ayant du rapport. Pupilles inégales, la droite punctiforme, la gauche normale.

Notre diagnostic est moins affirmatif, car nous posons celui de paralysie générale probable.

Le début de l'affection remonterait à deux mois, dit sa femme, où sa première extravagance fut de fumer une cigarette : il ne fumait jamais. Mais c'est à peine si l'on remarquait chez lui quelque trouble, lorsque l'agitation est venue la veille de son entrée.

Deux jours après l'entrée mutisme absolu, le malade contracte ses mâchoires et se met dans une attitude de contracture des plus accentuées : il est couché sur les fesses, les hanches et les genoux demi fléchis, le corps ne touchant pas le lit, et reste ainsi en équilibre ; grincement des dents (syndrome catatonique).

Tremblement fibrillaire des muscles de la face et des extrémités.

Gâtisme absolu. Amaigrissement et cachexie rapide. Le malade qui était assez gras, est en deux mois réduit à l'état de squelette. Il mange cependant beaucoup, mais diarrhée profuse.

Mutisme absolue, indifférence à tout, ne reconnaît personne. Décubitus.

Meurt fin février 1901 dans le marasme le plus complet.

Autopsie. — Lésions macroscopiques classiques. Pas de gomme dans le cerveau.

Obs. XI. — G. C..., trente-cinq ans, marié, garçon de café. Valaisan, a quitté son pays encore jeune et est allé à Paris où il exerçait le métier de garçon de café. Au dire de sa femme, il faisait des excès de boissons. Syphilis douteuse, sans renseignement précis.

Depuis deux ans avait de la peine à tenir ses places et se faisait renvoyer. Etait devenue bizarre, violent.

Fut finalement interné à Paris, dans un asile d'où il est transféré ici. Certificat de rapatriement : « Paralysie générale avec léger affaiblissement des facultés intellectuelles, idées de

faction, mêlées à des préoccupations hypocondriaques, ptyalisme, hésitation de la parole, inégalité pupillaire. Peut être rapatrié (Dr Boudrie), 11 août 1899. »

Le malade n'entre que le 9 septembre 1900. Démence complète. Gâtisme absolu. Hallucinations.

Il ne séjourne que quelques jours, sa famille préférant le garder à la maison plutôt que de payer sa pension. Il meurt peu après.

Obs. XII. — F. G..., quarante-huit ans, ouvrier boulanger, célibataire, entre le 23 juillet 1901, venant d'une prison avec le diagnostic : « Alcoolisme, malade méchant. Urgence de placement. »

Depuis trente ans environ, ce malade a vécu en France et à Paris. A fait la campagne de 1870 où il eut un doigt coupé.

Aurait probablement contracté la syphilis (c'est lui qui le dit).

Depuis longtemps excès de boissons de toutes sortes : absinthe, alcool, vin, etc.

Présente à l'entrée tous les signes de la paralysie générale à une période avancée. Tremblement des muscles de la face, de la langue, des doigts.

Troubles caractéristiques de la parole.

Idées de satisfaction et de grandeur. Il est heureux ici, bien nourri ; il est riche à plusieurs millions, veut aller gagner beaucoup d'argent.

A une fiancée jeune, jolie et riche.

Inégalité pupillaire, la gauche est plus petite que la droite qui est normale.

Septembre. Méchant et agressif par moments.

Les troubles de la parole augmentent.

Octobre. Déchire tout, se met tout nu ; cause difficilement, a de la peine à se tenir debout. Très heureux. On ne peut aller mieux, dit-il. Gâtisme.

Novembre. Décembre. Même état.

1902. Même état progressif.

Décès le 5 décembre 1902 dans le marasme le plus complet. Décubitus.

Autopsie. Rien de spécial (1).

(*A suivre.*)

---

(1) Depuis la rédaction de ce travail (1902) jusqu'à cette époque, nos constatations sont absolument identiques. En 1902,

nous avons reçu quatre paralytiques, l'un d'eux est sorti, puis rentré à quelques semaines d'intervalle.

Sur ces quatre malades, deux hommes ont vécu très longtemps (20 et 18 ans) à Paris, un autre a vécu à Zurich et à Vevey ; une femme à Genève (10 ans). Tous sont tombés malades dans les villes citées, d'où on les a rapatriés dans leur canton d'origine.

En 1903, un homme paralytique entre après avoir vécu longtemps (12 ans) à Genève.

Tous ces malades ne figurent pas dans la statistique du présent travail. Nous n'en faisons mention que pour simple constatation (mars 1904).

VESANIE

ET

PYÉLO-NÉPHRITE SUPPURÉE

Par le Dr PASTUREL
Médecin-adjoint de l'asile de Leyme (Lot).

Plus les faits scientifiques dans le domaine de la pathologie mentale s'accumulent, plus on découvre que les troubles mentaux sont souvent sous la dépendance de lésions organiques.

L'étiologie s'en trouve, de ce fait, singulièrement éclaircie, et par suite le traitement s'oriente d'une façon plus sûre et plus rationnelle.

Le cas suivant nous a paru intéressant à ce titre et c'est pourquoi nous avons jugé utile de le publier.

Observation. — Marguerite B..., âgée de cinquante-trois ans, cuisinière, mariée, entre à l'asile le 31 octobre 1903. C'est la première fois qu'elle est internée.

Les antécédents héréditaires nous apprennent que son père est mort en 1871 de la variole, et sa mère de vieillesse à l'âge de quatre-vingts ans, en 1903.

Quant à la malade en question, elle a eu la fièvre typhoïde étant jeune fille ; cette affection ne paraît pas avoir laissé de suites.

Mariée à l'âge de trente et un ans, elle a eu en 1891 une fille qui est aujourd'hui grande pour son âge et en bonne santé.

N'a pas fait d'excès alcooliques.

En 1896, B... fit une chute dans un escalier de cave en glissant sur une marche.

Cette chute n'eut pas des suites immédiates, ce n'est que

cinq ou six mois après que B... commença à se plaindre de douleurs dans les reins ; en même temps, ses urines contenaient du pus.

Le médecin appelé diagnostiqua un abcès du rein gauche et administra du sirop de morphine pour calmer les douleurs atroces que la malade éprouvait dans la zone lombaire gauche.

Comme il ne se produisait pas d'amélioration, une opération fut jugée nécessaire et c'est dans ce but que B... entra à l'hôpital de Périgueux.

Vu son état misérable, l'opération fut ajournée et après quelque temps de séjour elle rentra chez elle retirée par son mari. Ce dernier remarqua qu'à cette époque la douleur s'était localisée près de la hanche gauche, et qu'il s'était formé à ce niveau une tumeur grosse comme le poing. Cette tumeur sous l'influence de cataplasmes émollients perça en donnant une grande quantité de matière purulente.

A la suite de cet incident la malade fut bien soulagée et se rétablit assez promptement. Depuis lors B... ressentait de temps en temps des douleurs dans le côté, ses urines contenaient alors du pus, mais tous ces phénomènes étaient intermittents et de courte durée. Elle avait en même temps des envies fréquentes d'uriner, impérieuses même; mais elle ne souffrait pas à la miction. En juin 1903, les douleurs sont devenues un peu plus fréquentes, mais sans atteindre l'intensité d'autrefois.

Au mois d'août, B... a été en proie à une crise de folie qui s'est manifestée par de l'insomnie, des hallucinations tristes et terrifiantes à la fois; elle se figurait que quelqu'un devait venir pendant la nuit assassiner son mari, elle et sa fille. Elle avait une grande anxiété et il a fallu la veiller toute la nuit.

Cet accès n'a duré que deux jours environ pour reparaître au mois de septembre avec les mêmes symptômes et en plus avec des idées de suicide. Au bout d'une semaine l'agitation a diminué un peu.

Octobre 1903. — Le délire qui, jusqu'alors, avait été intermittent, est devenu continu. Il se traduisait surtout par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, par des troubles cénesthésiques : elle croyait être morte, elle et sa famille, elle croyait n'avoir plus de tête, quelque chose lui rongeait le sein, etc.

Elle était obsédée par des idées tristes, des idées de perdition, de damnation, de suicide. Elle a essayé à maintes reprises de mettre cette dernière idée à exécution et résistait même avec violence aux personnes qui voulaient l'en empêcher.

C'est ces troubles mentaux qui ont nécessité l'internement de B...

A son arrivée à l'asile, on se trouve en présence d'une femme à l'aspect déprimé, mélancolique, qui parle peu et qui ne répond que d'une façon imparfaite aux questions qu'on lui pose. Elle se plaint d'insomnie, elle s'imagine être en butte aux tracasseries du démon qui la dévore toute la nuit.

Des cousins lui ont fait beaucoup de mal, dit-elle, ils l'ont fait interner pour tuer son mari et sa fille.

Son facies est blafard, les muqueuses sont décolorées ; on observe de la bouffissure des paupières, du tremblement de la langue et des mains, un léger œdème malléolaire.

Les jours qui suivent, la torpeur intellectuelle et l'apathie du début ne font qu'augmenter : B... reste la plus grande partie de la journée à la même place. Lorsqu'on l'interroge, elle se contente de dire qu'elle est bien malade. Elle n'est pas agitée, elle dort assez bien. Elle est malpropre ; émission d'urines sales et purulentes et fétides, fréquence de la miction, incontinence. Il n'a pas été possible de mesurer la quantité totale des urines émises dans les vingt-quatre heures.

Leur examen révèle surtout la présence de pus, une petite quantité d'albumine qu'il est d'ailleurs difficile de bien établir à cause du degré de purulence qui masque la réaction.

Polydipsie, polyphagie. Faiblesse notable des membres inférieurs. L'auscultation du poumon ne décèle rien d'anormal ; les bruits du cœur sont sourds et affaiblis, le pouls est petit. Rien du côté du foie. Ni température, ni dyspnée.

Dans la zone lombaire gauche, au niveau du rein, on aperçoit une petite cicatrice, et la région est plus empâtée que du côté droit. Lorsqu'on appuie fortement là-dessus, B... accuse de la douleur. N'ayant pu obtenir aucun renseignement précis sur ce sujet, de la malade elle-même, nous nous sommes adressé au mari qui nous a fourni les détails exposés plus haut.

Notre attention s'est alors portée du côté du rein gauche, et nous avons pensé à l'abcès rénal, diagnostiqué déjà. Nous avons institué un traitement approprié : eaux diurétiques, régime lacté, chaleur, frictions, repos au lit, soins de propreté, etc.

En dépit de tout, l'état général de B... n'a pas été en s'améliorant, ni son état mental.

Elle a succombé d'une façon presque subite, le 8 décembre 1903, dans le collapsus.

Autopsie 24 heures *post-mortem*. — Poumons sains. Le cœur est le siège de dégénérescence graisseuse et de myocardite. Foie normal.

Le rein gauche une fois reconnu, est très difficile à extraire. De nombreuses adhérences le fixent au péritoine pariétal et à la gouttière vertébrale. Ce n'est qu'en disséquant point par point ces adhérences, que nous avons pu le libérer.

Il est aplati, environné d'une couche cellulo-graisseuse épaissie. A la section, on tombe sur une véritable poche purulente. Tout le parenchyme rénal est détruit, il n'existe plus du rein primitif qu'une coque fibreuse.

Le bassinet est altéré, lui aussi, et rempli de pus. L'uretère correspondant est épaissi, sclérosé du moins dans sa partie supérieure. Le pus contenu dans le rein gauche est jaune-verdâtre; il contient surtout des staphylocoques et des streptocoques, des colibacilles, des cellules épithéliales, et des éléments désorganisés du rein.

On n'a pas trouvé d'autre foyer purulent dans la cavité abdominale, soit du côté du péritoine, soit du côté de l'estomac, de la rate, de l'intestin.

Le rein droit paraît indemne; il est augmenté de volume, son poids = 220 grammes. Cette hypertrophie est probablement compensatrice.

Réflexions. — D'après tout ce que nous venons de relater, il s'agissait d'une malade atteinte de troubles mélancoliques, associés à une pyélo-néphrite suppurée, dont le début semble remonter à six ans environ.

On est en droit de se demander de quelle nature était cette pyélo-néphrite.

Était-elle tuberculeuse? Nous ne le pensons pas à cause de la longueur de l'affection, et d'autre part parce qu'on n'a pas trouvé de bacille ni d'autre stigmate tuberculeux, d'abord dans le rein, et ensuite dans les autres organes tels que le poumon, le foie, etc.

Était-elle d'origine calculeuse?

Pas davantage, le sujet en question n'ayant jamais éprouvé de colique néphrétique.

Je crois, pour ma part, que la cause probable est le

traumatisme produit par la chute que fit B... en 1896 (contusion du rein). D'autre part, le rein pouvait être plus ou moins prédisposé par la fièvre typhoïde que B... avait eu dans son enfance. Il aurait été intéressant de savoir ce que décelait l'analyse des urines faite avant la chute ; mais les renseignements nous ont manqué là-dessus.

Il ne nous paraît pas trop hasardeux d'établir une relation de cause à effet entre les troubles délirants et l'affection rénale mentionnés dans cette observation.

Personne n'ignore qu'il existe une folie liée à la néphrite aiguë ou chronique, folie qu'on a désignée sous le nom de folie urémique.

Dernièrement encore, il a paru, dans les *Archives de Neurologie*, un travail de Vigouroux et Juquelier, là-dessus, intitulé : « Délire et petit brightisme. »

S'il est hors de doute que les troubles mentaux dans la maladie de Bright sont dus au mauvais état du rein, à un degré plus ou moins avancé de sclérose, à l'insuffisance rénale, il est aussi évident qu'il doit en être de même lorsque cet organe sera atteint d'une lésion grave qui non seulement le détruit complètement, mais qui encore affaiblit et empoisonne l'organisme par des produits septiques.

En terminant, on peut se demander si ce cas ne relevait pas de la chirurgie et s'il n'aurait pas été amélioré par elle. Nous le croyons, et si la malade en question n'avait pas été déjà aussi affaiblie à son entrée, nous l'aurions certainement proposé.

Il est probable que la néphrectomie, en supprimant un organe qui était lésé depuis longtemps et qui était pour la malade un sujet de douleurs et de préoccupations continuelles, aurait eu une heureuse influence, à la fois sur son état physique et sur son état mental.

Médecine légale

L'AFFAIRE CHARLES-JOSEPH X...

RÉPONSE A M. LE Dr J. CHRISTIAN

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL
Médecin en chef de Ville-Évrard.

J'estime indispensable, pour dissiper toute équivoque, de faire connaître à ceux qui ont lu le spirituel article, publié par le Dr Christian, dans le dernier numéro de cette revue, les circonstances dans lesquelles j'ai délivré le fameux certificat dont s'est servi Mme X... pour intenter à notre collègue de Charenton, le ridicule procès qu'on sait, et dont d'ailleurs MM. les Juges de la première Chambre ont vite fait bonne justice, après en avoir, j'en suis certain, bien ri entre eux en chambre de conseil, car il était du plus haut comique.

Charles X..., devenu aliéné à la suite d'un traumatisme cranien, est arrivé à Ville-Évrard le 8 janvier 1900, venant de Sainte-Anne où il était resté huit jours transféré de Charenton. Le lendemain matin, au rapport, dans mon cabinet, avant la visite, mon surveillant m'apprit que parmi les huit malades amenés la veille, il y en avait un qui n'irait pas loin ; car, me dit-il, c'est presque déjà un cadavre. Je constatai, en effet, peu après, que Charles-Joseph X... était dans un état physique déplorable, si déplorable qu'il ne tenait presque

plus sur ses jambes et que je dus l'aliter. Si je ne l'ai pas signalé dans mon certificat de vingt-quatre heures, c'est que j'ai pour habitude de ne jamais entrer dans aucun détail, et de me borner toujours à formuler le diagnostic de la maladie mentale en concluant au maintien; je ne fais exception que pour les traces de coups à l'entrée; de là mon certificat laconique, que rapporte M. Christian : « Est atteint de folie traumatique à forme hypocondriaque, avec affaiblissement intellectuel. A maintenir. » Ils sont tous ainsi rédigés et ceux de quinzaine n'en sont que la reproduction.

Comme ni l'examen le plus minutieux des organes, ni l'analyse la plus complète des urines, n'expliquaient le pitoyable délabrement du malade, je l'attribuai à son refus d'aliments, car il ne voulait pas manger; ce qui n'incriminait pas du tout l'alimentation administrée à cet aliéné dans les deux services par lesquels il avait passé, car nous savons tous qu'il existe des sitiophobes auxquels la sonde ne profite pas. En vain, on la leur passe régulièrement deux et même trois fois par jour, en leur injectant dans l'estomac les liquides les plus nourrissants et les poudres les plus substantielles, ils faiblissent, s'étiolent, et finissent par mourir dans le marasme. C'est ce qui m'arriva à moimême avec Charles-Joseph X...; malgré une suralimentation forcée excessive et des toniques les plus énergiques à hautes doses, il s'affaiblit de plus en plus et le 24 janvier, après seize jours seulement, il s'éteignit dans une syncope finale, comme s'éteint une lampe faute d'huile.

Si j'avais donc rédigé la feuille du décès, j'aurais certainement porté comme cause de mort : marasme sitiophobique; mais cette feuille fut remplie par l'interne du service, qui fit mourir le malade de paralysie générale, diagnostic que nous avions, en effet, examiné à cause du traumatisme cranien, mais que pour ma part

j'avais écarté. Toutefois, je n'avais en ce moment aucune raison de prêter la moindre attention à la rédaction de ce confrère.

Le 30 janvier, six jours par conséquent après le décès de Charles-Joseph X..., je reçus de sa femme une lettre, par laquelle elle me remerciait des soins que j'avais prodigués à son mari, et me priait d'avoir la bonté de lui faire parvenir un certificat constatant que le décédé n'avait succombé ni à une paralysie ni à une maladie de poitrine. « C'est, m'écrivait-elle, *afin de me mettre en règle avec la famille.* » Ainsi la toute charmante Mme X..., en vraie et bonne fille d'Ève, me trompait abominablement sur l'usage qu'elle comptait faire du certificat qu'elle sollicitait, et que je lui envoyai d'autant plus volontiers qu'il s'agissait d'abord de mettre une pauvre veuve en règle avec la famille d'un mari, pas toujours commode pour belles-filles, et ensuite que j'étais convaincu, ainsi que je l'ai déjà dit, que le défunt avait trépassé dans le marasme sitiophobique. Si j'avais pu soupçonner le machiavélisme de cette aimable dame, j'aurais repoussé avec d'autant plus d'empressement sa demande, que j'avais la ressource précieuse de m'en rapporter à la cause de mort portée par l'interne de service sur la feuille de décès qui était en somme une feuille officielle. Mais je pouvais d'autant moins le soupçonner, que Mme X...; dans ses conversations avec moi, loin d'accuser le Dr Christian, m'avait à diverses reprises vanté l'aimable empressement que ce médecin avait mis à lui accorder la faveur exceptionnelle d'apporter tous les jours des aliments que son mari mangeait, alors qu'il refusait ceux de l'établissement; c'était une invite de sa part à me montrer aussi complaisant pour elle que mon collègue.

M. Christian n'ignore pas dans quelles conditions j'ai été amené à délivrer le certificat qui a été la pièce de

résistance du procès, puisque je lui ai envoyé la copie de la correspondance de Mme X... avec moi et de la mienne avec elle. Aussi, suis-je assez surpris que les sachant, il n'en ait point parlé pour bien établir les faits ; aussi, surtout, suis-je très surpris que les sachant, il ait pu écrire : « Quoi qu'il en soit, la femme de X... venant à Ville-Évrard (erreur absolue et qui m'étonne, car les lettres communiquées par moi, sont la preuve que je n'ai jamais revu Mme X..., depuis le décès de son mari), obtint le 30 janvier, le certificat suivant : « X..., atteint de folie traumatique, à forme hypocondriaque, a succombé au marasme, consécutif à un refus prolongé d'aliments. »

Cette rédaction, en effet, peut prêter sans aucune mauvaise intention de la part de M. Christian, je crois, mais enfin, peut prêter à une équivoque et tout le monde comprendra que j'ai tenu à la dissiper en fournissant les détails des faits.

Quoi qu'il en soit, je n'avais plus eu de nouvelles de Mme X..., depuis onze mois, quand le 22 novembre 1900, je reçus d'elle une lettre dans laquelle, à mon grand étonnement, elle m'annonçait avec cynisme son projet de poursuivre le Dr Christian, à l'aide de mon certificat, et sollicitait, sans vergogne, pour le corser, un deuxième, constatant que son mari était curable et qu'il aurait guéri sûrement, s'il avait été nourri à la sonde. Je répondis tout de suite : « Je ne puis vous envoyer le certificat que vous réclamez, car je n'ai jamais pu vous donner l'assurance formelle que votre mari était curable, et encore moins vous garantir qu'il aurait guéri sûrement s'il avait été alimenté à la sonde. En effet, s'il n'est pas impossible, ce que j'ai pu vous dire, d'obtenir la guérison d'une folie traumatique, il n'est malheureusement pas rare qu'elle reste incurable.

« D'un autre côté, il est des malades qui succombent à

la longue, bien que nourris deux fois par jour à la sonde. J'ignore quel fut à Charenton l'état de votre mari et quel traitement lui a été appliqué ; mais je puis vous assurer qu'il a certainement reçu là tous les soins, car le médecin de cet établissement est particulièrement connu pour l'intérêt qu'il porte à ses malades et son dévouement à les soigner. »

On voit que si j'ai occasionné des ennuis à M. Christian, c'est bien à mon insu, et que dans toute cette affaire, je crois ne rien avoir à me reprocher. Mais comment M. Christian a-t-il pu se laisser aller à de tels soucis ? qu'il me permette de lui dire qu'il est beaucoup trop modeste de s'être alarmé ainsi, car un procès aussi ridicule que celui intenté par Mme X..., ne pouvait causer aucun dommage à un vieux médecin, déjà blanchi sous le harnais, comme il dit, et j'ajouterai aussi universellement connu et estimé.

Établissements d'aliénés.

REGRETTABLE INSUFFISANCE

DE

RENSEIGNEMENTS SUR LES MALADES

INTERNÉS DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS,

SOIT VOLONTAIREMENT, SOIT D'OFFICE, ET DU MOYEN D'Y REMÉDIER

Par le Dr P. HOSPITAL

Ancien médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie, de Clermont-Ferrand.

J'ignore comment les choses se passent dans les établissements français et même étrangers ; je ne vais donc vous soumettre, que les désiderata que ma longue carrière à Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, m'a permis d'observer.

La folie est une maladie essentiellement polymorphe ; elle se présente à l'aliéniste sous mille aspects différents qu'on peut grouper sous les vocables suivants : les paroles, les actes, l'habitus qui, à lui seul, forme un des chapitres les plus intéressants des manifestations vésaniques. A cette trilogie il est bon d'ajouter l'origine, qui, elle aussi, remonte à des sources multiples. Il est donc de la plus haute importance pour l'aliéniste traitant de connaître, aussi à fond que possible, ce syndrome préambulatoire, dont le plus modeste indice peut être pour lui le fil d'Ariane, qui le conduira au diagnostic et au traitement, c'est-à-dire à la vérité.

Or, la chose n'est rien moins que facile, et il y a loin

de la coupe aux lèvres; je parle ici des documents fournis, et non des symptômes et stigmates, qui émergeront pour lui, de l'examen direct de l'intéressé.

Voyons d'abord les pensionnaires; ils nous arrivent, selon la loi, avec une demande d'admission écrite de la main du placeur; or, les campagnards, en particulier, ignorent la loi du 30 juin 1838, et conduisent tout simplement leur malade à l'asile, comme si c'était à l'hôpital : on leur fait rédiger leur demande sur place. Le certificat d'identité du maire, rien de mieux, le certificat médical..... quand il y en a un; car il arrive assez souvent, pour telle ou telle raison, qu'aucun praticien n'a examiné le ou la malade; je suis obligé alors de remplir « la lettre » en en faisant confectionner un sur place, par un praticien de la ville. Dans les cas, et ils sont les plus nombreux, où il y a certificat âgé de quelques jours, est-il suffisant? Hélas non, le plus souvent; ce sont trois lignes concluant à la nécessité d'internement dans un établissement spécial pour cause d'aliénation mentale! Et pourtant l'art. 8, § 2 de la loi de 1838, dit : « Un certificat de médecin consta-
« tant l'état mental de la personne à placer et indiquant
« les *particularités* de sa maladie et la nécessité de
« faire traiter la personne désignée dans un établisse-
« ment d'aliénés et de l'y tenir renfermée. » Donc, peu ou point de renseignements. Quant à ceux que pourra vous fournir le malade lui-même, il ne faut les accepter que sous toute réserve : ou bien il sera tellement déprimé ou détraqué qu'il n'y aura rien à en tirer, ou bien il aura de par devers lui conservé une certaine lucidité, et par suite, de la prudence, et mettra toute sa sagacité à vous induire en erreur, ou à nier carrément, ce qui est commode. Il y a aussi quelques questions intimes, qu'il est bien délicat d'adresser à certaine catégorie de malades, sans provoquer leur indignation

et leur aversion : dès lors le médecin traitant n'aura plus d'action sur eux. Restent les parents : il y en a qui ne donnent pas signe de vie, d'autres viennent et parlent tous à la fois, c'est à vous de vous débrouiller dans tout ce chaos. Là aussi, il faut être bien prudent pour les questions d'atavisme, d'alcoolisme, de mœurs, de syphilis, sans quoi vous passez pour un malotru. L'entourage, les amis, les relations, un certain bruit en sourdine vous ferait glaner une précieuse récolte d'un tas de petits faits utiles à connaître, après en avoir toutefois déblayé les superfluités, et avoir jugé « qui » vous les aurait fournis. Il y a quelquefois conflit entre les deux familles de l'intéressé, ou même schisme entre les membres d'une même famille, les uns optant pour la sortie immédiate, les autres pour la maintenue. Il m'est arrivé de solliciter des renseignements confidentiels auprès du maire, et je reconnais que plusieurs d'entre eux se sont empressés d'éclairer ma religion, par une pièce déposée au dossier, mais là encore il y a à se défier; dans les petites communes tout le monde est plus ou moins parent, et il n'y aurait rien d'extraordinaire à ce que le dit maire, soit ou « guelfe » ou « gibelin ». Au fond, il y aura le plus souvent quelque « anguille » d'intérêt sous roche, le médecin-traitant ne déviera en rien de la ligne de conduite que lui trace son expérience, et surtout évitera de se laisser entortiller ! Pour les maires de villes, il n'y a grand-chose à en tirer; on ne peut exiger qu'ils connaissent tous leurs administrés, et *à fortiori*, ceux dont la tête est malade. Les ministres des cultes doivent s'abstenir de tout renseignement, et le secret confessionnel et professionnel doit s'étendre jusque sur les misères humaines. Reste le médecin-traitant de l'endroit; s'il n'a pas été appelé, il ne sait rien; s'il a été employé, ou bien il a été appelé souvent d'assez loin, et ignore les « circumfusa »; ou

bien il n'a vu qu'assez rapidement son malade, et ses communications seront fort restreintes; ou bien enfin, il a traité plus ou moins longtemps la personne, et pourra vous fournir d'intéressants documents. Mais « l'indicateur » le plus éfficace, sera sans contredit, le « médecin de la famille » qui en connaît tous les membres, qui a vu parfois plusieurs générations, et qui, dans l'intérêt même de ses vieux clients, sera pour vous un éclaireur précieux. Ce sera à vous ensuite de vous débrouiller au milieu de cet entassement de faits, en les comparant avec la connaissance de plus en plus approfondie que vous aurez de votre malade, et en les réduisant à leur juste valeur. On aura beau vous dire par exemple qu'un tel n'a bu que de l'eau toute sa vie, si vous reconnaissez en lui les stigmates moraux et physiques de l'alcoolisme, vous vous y tiendrez, et ainsi pour d'autres maladies, événements, commotions intellectuelles ou cérébrales, etc.

Pour les placements d'office, les renseignements sont encore plus défectueux, car ils n'existent pour ainsi dire pas, attendu que les loi, ordonnance et règlement sont muets à cet égard, qu'ils n'ont prévu en rien l'extrême importance qu'il y avait, dans l'intérêt même des assistés, de la sécurité publique et des deniers départementaux et communaux, à informer le médecin-traitant de toutes les « particularités » qui ont précédé et déterminé l'internement d'office; et dame, alors, que voulez-vous que je vous dise? les pouvoirs publics, administratifs et judiciaires ne veulent pas être « plus royalistes que le roy ». Il y aurait cependant bien à faire et plus encore à gagner, en aplanissant des difficultés, qui au fond ne sont que des subtilités. Mais je m'arrête; sur la fin de ma carrière, sur le point de me retirer pour vivre dans le repos les quelques jours qui me restent, je serais bien fou moi-même d'entreprendre une croisade, que les

« Annales » et mes collègues plus jeunes poursuivent avec succès.

D'après l'article 19 de la loi de 1838, « en cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin, ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres communes, ordonneront à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai ». Exemples : A. A la campagne, un furieux cause du scandale ou de l'épouvante, le maire l'envoie aussitôt coffrer, avec un mot de lui ; puis il adresse à la préfecture le certificat médical, le procès-verbal d'enquête et d'autres pièces dont je parlerai plus loin ; or, ces pièces, je parle du certificat médical (peu explicatif) et du procès-verbal d'enquête (pièce importante relatant les paroles, faits et gestes) ne me sont communiquées que si je les sollicite ; ce qui arrive rarement, puisque ce n'est pas « écrit » crainte d'importunité. *A fortiori* le rapport médico-légal, qui ne m'a jamais été confié, et que je me suis vu refuser une fois ainsi que le dossier, dans un cas litigieux et grave, sous des allégations dilatoires, moi qui ai fait de la médecine légale, comme assermenté, pendant trente-huit ans, et qui ai eu chez moi plusieurs centaines de dossiers, dont quelques uns venus de loin. Douce confiance... passons ! — B. En ville, quand le même cas que ci-dessus se passe en pleine rue de Clermont-Ferrand, deux sergents de ville emballent le délinquant ; il est rapidement examiné par le médecin de la police, et aussitôt coffré, à Sainte-Marie, avec un ordre du commissaire d'arrondissement, et le certificat médical en quatre lignes ; si l'intéressé est à la maison d'arrêt, et qu'il soit trop furieux, on obtient le transport immédiat par urgence, tout comme dans les cas similaires du dehors ; s'il est supportable

et douteux, le parquet charge son médecin assermenté de l'étudier, et de conclure par rapport détaillé. A ce propos je ferai remarquer que dans plusieurs cas tels qu'éloignement de l'inculpé, certains inconvénients en maison d'arrêt, j'ai facilement obtenu du procureur général le dépôt provisoire à Sainte-Marie afin de me permettre de pouvoir l'observer à loisir et dans des conditions plus fructueuses.

Or, il est arrivé ce qu'on pouvait prévoir : d'un côté les maires des communes rurales trouvant trop longues les formalités administratives, se sont mis à abuser de l'article 19 ; elles étaient bien rares autrefois, ces séquestrations d'urgence, aujourd'hui elles se sont multipliées ; d'autre part on m'envoie le plus souvent, surtout de la ville, des ivrognes, que quelques heures de violon guériraient plus vite que quinze jours d'asile ; que je suis obligé de les garder selon la loi, avant de statuer définitivement en l'absence de tout renseignement : résultat, de 15 à 20 francs pour le contribuable.

Lorsqu'il n'y a pas urgence à placer immédiatement d'office une personne dans un asile d'aliénés, mais que néanmoins il y a nécessité en vue d'un traitement, ou indication par isolement absolu de l'intéressé, le maire de la commune peut provoquer, auprès de l'autorité, une demande d'office ; mais alors l'affaire progresse avec une sage lenteur ; elle a aux pieds ces fameuses semelles de plomb, que Bacon voulait voir à ceux de la science. Si le, ou la malade, a quelqu'un qui s'intéresse à son sort, famille, voisins, âmes charitables, ce quelqu'un commence par adresser au maire de sa commune une pétition écrite dans laquelle il relate tous les éléments propres à rendre évidente la nécessité de l'internement ; il y ajoute une pièce émanant du percepteur, établissant la non imposition ou l'imposition faible ; si la personne à placer, ou ses tenants, s'engage à subvenir en partie à

la quote-part communale, cette pièce est jointe aux deux autres, enfin un certificat médical, le tout adressé au maire. Si ce magistrat a des raisons *in petto* de faire la sourde oreille, l'affaire sera classée, jusqu'à ce que quelque fait, qui peut être grave, ne la sorte de sa somnolence, et ne lui donne un regain de vitalité; si au contraire le maire croit devoir lui donner suite, il envoie un médecin assermenté pour examiner la personne en question, et lui en dresser certificat ; il envoie, en outre, le garde-champêtre pour la campagne, un brigadier de police pour la ville, afin de procéder au procès-verbal d'enquête, pièce consistant en interrogatoire de six ou huit témoins, et examen des lieux, etc... Puis il réunit son conseil, pour lui faire voter la quote-part communale ; si le conseil vote affirmativement il joint cette délibération aux autres pièces, y ajoute une lettre personnelle, et transmet le tout à la préfecture qui statue ensuite ; enfin, quand le moment psychologique a sonné, notre malade vient habiter sa nouvelle patrie. Là il est réparti dans l'une des trois catégories suivantes: malades dangereux (aliénés proprement dits) minimum — 1 franc par jour ; malades non dangereux (infirmes, paralytiques, dans l'enfance, grabataires, abandonnés, plutôt hospitalisés que traités) — 1 franc par jour, mais quote-part communale plus élevée (cette distinction n'a lieu que pour le Puy-de-Dôme); épileptiques simples non aliénés — 1 fr. 20 par jour en raison de la cherté et de la continuité du traitement pharmaceutique et aussi de certains soins et installation d'un genre spécial.

Quand il y a eu délit ou crime, le garde-champêtre est remplacé par les gendarmes, le maire par le juge de paix ou même le parquet, le certificat médical par un plus ou moins long rapport juridique, enfin le procès-verbal par une minutieuse instruction.

Comme je l'ai déjà établi dans d'autres travaux, notre établissement de Clermont-Ferrand est privé, faisant fonction de départemental. A ce titre il reçoit : 1° des pensionnaires des deux sexes, venant de localités très diverses : pour ceux du pays, les visites des familles, et les interviews avec le médecin intervenu et dont elles abusent trop souvent, vous fournissent des renseignements suffisants ; pour les lointains, la parenté n'apparaît que rarement ; 2° des placements d'office : soit A, les hommes d'office du Puy-de-Dôme, placés seulement en dépôt provisoire, mais transférés peu après à l'asile corrézien de la Cellette, dépendance rurale de celui d'ici, après que leur situation a été définitivement arrêtée ; B, les femmes office du Puy-de-Dôme ; C, les femmes office de la Corrèze ; D, les femmes office de deux arrondissements de la Loire ; E, nous reçumes, il y a vingt-cinq ans, soixante-quatres femmes office du Rhône, c'étaient des chroniques, dont bien peu ont été en état de rentrer dans leurs foyers, les autres se sont successivement éteintes, et actuellement il n'en reste plus qu'une.

Or, à l'aide de quelles pièces tous ces « offices » ont-ils été, et sont-ils encore admis à Sainte-Marie, et en quoi ces pièces sont-elles instructives pour le médecin ?

En dehors des cas d'urgence, dont nous avons parlé plus haut, un malade, homme ou femme, est admis à l'établissement Sainte-Marie, accompagné des pièces suivantes : A. — Pour le Puy-de-Dôme, trois nuances : le placement d'urgence, nous en avons dit quelques mots plus haut, nous n'y revenons pas ; le placement d'office ordinaire : le malade est amené directement à l'asile, avec lettre du maire et certificat médical (4 lignes) dont on nous permet de prendre immédiatement copie ; l'arrêté préfectoral de dépôt provisoire arrive 2 ou 3 jours après ; on profite des parents quand ce sont eux qui ont

conduit l'aliéné, pour leur demander quelques renseignements, que l'asile consigne sur un questionnaire imprimé joint ensuite au dossier, comprenant : noms, ascendants, état civil, profession, domicile, causes présumées prochaines ou lointaines de la maladie, sa durée, culte ou communion. Si les parents n'ont pas été présents à l'internement, mais paraissent néanmoins s'intéresser à leur malade, on leur adresse le questionnaire, qui presque toujours est retourné rempli. Il arrive parfois que ceux qui conduisent un ou une malade, croient de leur devoir de passer préalablement à la préfecture ; ils y laissent leurs pièces, alors adieu le certificat médical, à moins qu'on ne le réclame ensuite ; ils reviennent munis d'une lettre préfectorale ouvrant les portes de la maison ; puis arrêté de dépôt provisoire; après le rapport de quinzaine concluant à la continuation du traitement, deuxième arrêté, cette fois définitif ; c'est à la suite de celui-ci que les hommes d'office sont dirigés sur l'établissement de la Cellette. Toutefois il peut arriver que le rapport de quinzaine ne soit pas concluant, par suite d'observation insuffisamment prolongée (intermittences, début ou terminaison, accalmie, amélioration prochaine, inconvénients personnels de transport, état somatique très grave, etc...), il est sursis à l'arrêté définitif jusqu'au nouveau rapport « extraordinaire ».

Comme on le voit, dans tout cela aucun renseignement de nature médicale autre que ceux que le médecin tire, en quelque sorte, de lui-même ; les malades sont enfermés dans le « Bois-de-Cros » (1), comme des oiseaux nouvellement capturés dans une immense volière ; à eux ensuite, et à..... leurs médecins de se tirer d'affaire comme ils pourront. Si l'un d'eux a tué, pillé, violé, incendié ; s'il a eu de terribles et instantanées impulsions, c'est

(1) Nom légendaire de Sainte-Marie.

à nous tous, à l'asile, de le..... deviner ! Triste, dangereux et parfois décourageant ! Je n'insiste pas sur le danger..... dont j'ai dû moi-même subir l'épreuve, deux fois.

La seconde nuance consiste dans la conversion d'un placement volontaire en placement d'office, la famille ne pouvant plus payer, ou ne payer que partiellement ; là, tout se passe rapidement, la personne étant coffrée, et connue du médecin-traitant ; un rapport extraordinaire concluant, et l'administration s'arrange avec la commune et quelquefois les parents.

La troisième nuance consiste en ceci : un individu étranger à la localité est arrêté comme aliéné, et aussitôt enfermé d'office par arrêté préfectoral ; plus tard on découvre sa famille, qui s'offre à payer pension. Convertira-t-on son placement d'office en placement volontaire ? Oui, si les griefs reprochés à X... ne sont pas de nature inquiétante, et si dans la maison de santé, il ne s'est pas révélé par ses paroles, ses actes, ses antécédents, sa maladie même, comme devant être dangereux, et inspirer de l'inquiétude ; non, si les probabilités sont en sens contraire, et s'il a été enfermé à la suite de fait très grave ; il restera donc, à la fois pensionnaire et office. Du reste, l'article 21 de la loi de 1838 est très explicite sur ce sujet : « A l'égard des personnes dont « le placement aura été volontaire, et dans le cas où « leur état mental pourrait compromettre l'ordre public « ou la sûreté des personnes, le Préfet pourra, dans les « formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial à l'effet d'empêcher « qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre « établissement. Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre. » Inutile d'ajouter qu'un pensionnaire frappé d'un arrêté

d'office, après délit et *a fortiori* après crime, gardera son office le temps que l'aliéniste traitant le jugera inévitable. Voilà au moins quelque chose de gagné pour nous en cas de divergence familiale, nous sommes couverts par la décision administrative; nous le serons mieux encore, si le référendum de notre collègue M. le Dr Toulouse aboutit à l'intervention du pouvoir judiciaire dans le placement des aliénés ; le public, la Presse, et nos malades eux-mêmes, ne nous reprocheraient plus d'être les seuls arbitres de la destinée de ces derniers, de faire fleurir l'ère du « bon plaisir » ; nous y perdrions en responsabilité, mais nous y gagnerions en tranquillité et en indépendance.

B. — Pour la Loire, nous recevons les femmes aliénées d'office de deux arrondissements de ce département. Ces malades sont d'abord internées dans un dépôt d'hospice, soit à Roanne, soit à Montbrison, suivant l'arrondissement; puis le moment venu, nos gardiennes vont les chercher. Les pièces qui les accompagnent sont : 1° une copie du certificat médical, en général très explicite et partant instructif; 2° un arrêté préfectoral définitif (les malades ayant accompli leur « provisoire » au dépôt d'hospice) ; 3° un questionnaire comprenant huit questions : maladies antérieures, habitus plus ou moins anormal remarqué, internements antérieurs (?), atavisme, causes présumées, début de la maladie, idées de suicide (?), traitement suivi. Suit le bulletin d'état civil. Nous aurions mauvaise grâce ici de nous plaindre. Renseignements suffisants.

C. — Pour la Corrèze, toutes les femmes d'office de ce département nous sont adressées, sauf pourtant un petit groupe qui est placé à Rabès, paraît-il, par suite de considérations que j'ignore. Nos gardiennes vont, de temps à autre, les chercher à Tulle

ou à Ussel, munies des pièces suivantes : 1° lettre administrative annonçant l'arrêté de placement ; 2° copie d'un court certificat médical ; 3° l'arrêté lui-même ; 4° le questionnaire; celui-ci ressemble à celui de la Loire ; ce sont les mêmes huit questions auxquelles il est répondu plus longuement, en général, que dans le précédent ; puis le bulletin d'état civil. Notons que ces deux questionnaires ont, comme en-tête, des recommandations dont l'une semble être la condensation de la thèse que je soutiens ; les voici : « Les renseignements « demandés sont de la plus grande utilité pour éclairer « le service médical de l'asile et lui permettre d'appli- « quer au malade le traitement le plus convenable dès « son entrée dans l'établissement. En conséquence, si « le questionnaire ne peut être fourni au moment « même de la mise en observation du malade, le maire « veillera à ce qu'il soit adressé sans tarder à la Pré- « fecture. (Donner le plus de détails possible sur la « malade.)..... Un exemplaire du présent imprimé devra « être adressé, pour être rempli, dans la commune où « le malade résidait auparavant. » Il s'agit des malades depuis trop peu de temps dans le dernier domicile). Renseignements utiles.

D. — Pour le Rhône :

En 1872, lors de la désaffectation de l'Antiquaille à Lyon, le Rhône nous adressa 64 femmes aliénées essentiellement chroniques, munies des pièces suivantes : 1° arrêté préfectoral ; 2° un bordereau de renseignements personnels, et le diagnostic de la maladie en une ou deux lignes, auxquelles j'en ai ajouté quelques autres par la suite, à mesure que je connaissais mieux mon nouveau personnel (1).

(1) Les malades-offices venus de la Seine, et restitués à leur département, nous arrivent avec une multiplicité d'utiles documents.

En définitive, de cet assez long exposé, on peut inférer, pour ce qui me regarde, que les renseignements fournis par les départements circonvoisins existent, et sont un appoint fort utile, tandis que mon propre département ne me fournit à peu près rien. Pour les volontaires, nous faisons passer à la Préfecture copie des pièces que nous gardons par devers nous ; pour les « offices », c'est la Préfecture qui nous fait passer copie de « parties de pièces », les administratives. Que résulte-t-il de bénéfice pour la religion du médecin traitant de tout cet échange de paperasseries ? rien ; encore un peu, il ne sera plus qu'un nosocome d'hospice ; il n'est déjà presque rien dans la hiérarchie protocolaire !

Pour les cas judiciaires, quand l'aliéniste n'est pas en même temps le médecin légiste de la région, tout le dossier de l'affaire, qu'il aurait cependant tant intérêt à connaître, lui est interdit. Il y a quelque temps, la Cour d'appel me chargea d'examiner une inculpée, atteinte d'une monomanie qu'elle dissimulait avec une grande habileté ; examinée une première fois par deux experts *non aliénistes*, elle les roula, et dans un rapport de quelques lignes ils concluaient à l'entière responsabilité. Il ne me fut pas difficile de dégager la « pseudomanie » de l'intéressée ; mais quand à mon tour je pris connaissance du dossier, j'y vis, à l'appui de l'état mental, des faits graves, que je ne pouvais vraiment pas deviner, mais qui faisaient dès lors de l'internement d'office une nécessité. Je pourrais citer d'autres faits semblables, ainsi que d'autres par contre, où des experts non aliénistes se sont montrés bien bons, en admettant une absolue irresponsabilité.

Conclusion. — La conclusion de cet assez long débat, que j'ai abrégé autant que j'ai pu, est bien simple, et cependant, je le reconnais, pas commode du tout.

Mon avis est donc, puisqu'on semble vouloir tirer des cartons la future loi sur les aliénés, et lui infuser un regain de sérum vivifiant, puisque M. le Dr Dubief se propose de présenter sur ce sujet un amendement à la Chambre, qu'on pourrait peut-être y intercaler un article dont l'esprit sinon le texte propre d'après votre serviteur serait ainsi conçu : « A l'avenir, les parquets et les bu-« reaux de l'Assistance publique préfectorale seront « tenus d'adresser au médecin-traitant d'un établisse-« ment d'aliénés, et ce *proprio motu*, tous documents « et toutes pièces de nature à l'éclairer sur les antécé-« dents, paroles, faits et gestes de chaque malade-office « entrant, soit : rapports médicaux, rapports juridiques, « dossiers de l'affaire, procès-verbaux d'enquête, en un « mot, tout ce qui de près ou de loin, est ressortissant « à l'étude et au traitement des maladies mentales ; « sauf au dit médecin-traitant à en être responsable, et « à retourner ces documents six jours pleins après « les avoir reçus, sous le sceau du secret professionnel. »

J'estime pouvoir adjoindre aux considérations qui précèdent, une question d'un haut intérêt, ressortissant à « l'identité », dont la constatation rentre nécessairement dans le chapitre général des « antécédents ». Je m'explique. Dans les asiles populeux, l'entrée d'inconnus des deux sexes, vagabonds, sauvages, migrateurs, automates-ambulatoires, échappés, évadés d'autres asiles, de prisons, de pénitenciers, de violons, de familles, de séquestrations particulières, de pensions, de casernes, de voitures cellulaires, de transports entre gardes ou gendarmes, ivrognes, extravagants, suggestionnés, égarés, individus pris de folie subite pendant un voyage ou même une promenade, etc..., etc., la plupart sans papiers, et ne pouvant ou ne voulant fournir aucun éclaircissement..... ouf!... n'est pas une chose rare, et je puis affirmer que j'ai observé la plupart de ces cas.

Quelques-uns sont décédés à Sainte-Marie sans qu'on ait pu, malgré des recherches, révéler l'identité de ces « masques de fer », qu'il serait nécessaire pourtant de découvrir, tant dans l'intérêt de la médecine que dans celui des restitutions de droit aux secours, et même pour la tranquillité des familles et des établisements hospitaliers. (Plusieurs de ces malheureux sont d'abord conduits en prison, où ils sont mensurés anthropométriquement; mais quand ils sont conduits à Sainte-Marie, leur fiche ne nous est pas communiquée. D'autre part, des nombreux cas cités plus haut, nous ne mensurions que ceux internés à l'asile, c'est-à-dire d'ores et déjà réputés malades, et ce, dans un but uniquement médical, sans avoir à nous mêler en rien de ce qui regarde la justice ou la police; d'ailleurs, ladite mensuration ne serait opérée que lorsqu'on serait suffisamment fixé sur l'état mental.)

C'est donc sous l'influence de ces considérations, que j'ai conçu le projet d'appliquer à un certain nombre d'aliénés, l'usage de « l'anthropométrie » du Dr Bertillon, et voici dans quelles circonstances mon attention s'est portée sur ce point : médecin de la maison d'arrêt depuis un grand nombre d'années, j'ai pu assister à l'évolution de l'emploi du service anthropométrique Bertillon ; c'est merveilleux, témoin « l'affaire » de novembre 1902, rue du faubourg Saint-Honoré, dont on se souvient encore : une simple empreinte digitale sur un fragment de glace brisée a suffi pour éclairer l'instruction ! Donc, séduit par les résultats surprenants obtenus par cet admirable service, je songeai à en faire bénéficier nos établissements, et je fis quelques démarches pour me procurer les appareils nécessaires, ou tout au moins le « vade mecum » ; mais je me heurtai à un « non possumus » irréductible. Il me fût répondu que les dits appareils n'étaient pas livrés au commerce, que

les parquets eux-mêmes devaient s'incliner devant ce « noli me tangere »; qu'en un mot l'anthropométrie était une arche sacro-sainte, que seules pouvaient palper les mains des Ergastules! C'est regrettable, car l'emploi de ce service, même avec moins de minutie et de rigorisme que dans les maisons de détention, dans nos asiles publics ou assimilés rendrait certainement des services. D'ailleurs serait-il nécessaire de l'appliquer à toutes les présences? Évidemment non, et d'après ce que j'ai établi plus haut, les cas d'application en seraient assez rares, au point de vue d'investigations en vue d'identité; peut-être un peu plus fréquents au point de vue exclusivement médical, tels que taille, asymétrie, conformations craniennes, dispositions digitales pédieuses, stigmates de toutes sortes, etc... Toutes ces « fiches » constitueraient, à la longue, une véritable collection de faits curieux. Supposons que l'un de nous ait à sa disposition mille fiches d'aliénés; ne pensez-vous pas qu'en les compulsant et en les triant, il n'arriverait pas à les classifier, et à en extraire des documents précieux pour la psychiatrie? Tel migrateur, par exemple, est interné de nouveau dans le même asile après vingt ans; nul ne le reconnaîtra : non seulement les ans l'auront modifié, mais le personnel lui-même sera changé; or, s'il ne donne aucune indication sur son identité, en l'examinant de près, il n'est pas impossible que quelque « indélébilité » ne vous mette sur la voie, qu'on retrouve alors sa « fiche » et par là sa « page de registre » qui vous éclairera, non seulement sur son individualité, mais aussi sur la nature de son état mental d'antan, et vous fixera sur celui actuel et son traitement. En outre, le médecin traitant qui a à voir un grand nombre d'aliénés, ne peut guère les visiter somatiquement avec minutie; là les épreuves anthropométriques viendront à son aide, complèteront

sa besogne, et fourniront un puissant appoint à la récolte d'observations.

La fiche anthropométrique pour nos malades n'aurait pas besoin d'être aussi compliquée que celle du service pénitentiaire; il y aurait certainement à la simplifier, et à en adapter les termes selon sa nouvelle destination. Mais, m'objectera-t-on, enverrez-vous votre fiche d'inconnu nouvellement interné, à la famille, au maire, etc. présumés ? N'en ayant pas d'antérieure en main, ils ne pourront procéder à aucun point de comparaison, et d'ailleurs il y a à admettre qu'on n'y comprendra rien ; passe encore entre deux asiles déjà au courant. Cette objection est parfaitement juste ; mais dans ces cas, et surtout les deux premiers, ce ne sera pas la fiche dans toute sa sécheresse laconique qu'on adressera, mais bien une lettre dont le contenu sera le texte explicatif et comme l'exégèse de la fiche, qui ne devra toujours être considérée que comme un « memento » ne devant pas franchir les murs de l'établissement : aussi ne devra-t-elle quitter le dossier que sur injonction formelle des autorités, avec engagement de retour ; dans les cas (en dehors de l'action judiciaire), de corps inconnu, de suicide, de disparition avec publicité, la « fiche » pourra rendre de grands services.

Conclusion : elle est aussi simple que la première : introduire, non dans la future loi, mais dans l'ordonnance de 1839, ou mieux encore dans le règlement de 1857 (qui par parenthèses auraient bien besoin d'être refondus), l'article suivant, en substance : « Les établis-
« sements d'aliénés publics ou en faisant fonctions,
« sont autorisés à faire usage du service anthropomé-
« trique, exclusivement dans un but de recherche
« d'identité, et d'études médicales. Le ministre de l'in-
« térieur fournira les appareils ad hoc, à ceux des
« asiles qui en feront la demande. »

Revue critique.

DOCUMENTS D'OUTRE-MER

NO RESTRAINT ET OPEN DOOR

Par le Dr A. CULLERRE

Dans les nombreux rapports d'hôpitaux d'aliénés d'Amérique, qui m'ont été de nouveau communiqués par la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, j'ai cherché si je ne trouverais pas quelques renseignements intéressants sur une question qui, chez nous, depuis une dizaine d'années, a fait couler beaucoup d'encre : je veux parler du *no restraint* et de l'*Open door*. Quoique l'émotion provoquée par des polémiques qui parfois semblent avoir pris à tâche de prouver que le *bluff* n'est pas un travers exclusivement britannique soit considérablement apaisée, peut-être les notes qui vont suivre ne paraîtront-elles pas cependant dénuées de quelque valeur documentaire. Elles pourront apporter certain réconfort à ceux qui, tout en s'efforçant de bonne foi d'assurer dans la plus large mesure possible la liberté des malades confiés à leurs soins, ont pu se sentir secrètement humiliés de n'avoir pu atteindre jusqu'à l'idéal préconisé par quelques champions d'un progrès peut-être chimérique, en tout cas beaucoup moins universellement répandu qu'ils se plaisent à le proclamer.

Le plus important des documents que nous nous proposons d'examiner est le Rapport du Bureau de l'Assistance publique de l'Etat de Pensylvanie pour l'année 1901, gros volume de plus de 600 pages, dont la partie con-

sacrée aux établissements d'aliénés occupe presque la moitié. L'Etat de Pensylvanie compte environ 12000 aliénés hospitalisés : 6000 dans cinq hôpitaux d'Etat, 4000 dans les Asiles de Comtés, 800 dans l'Asile d'Etat d'aliénés chroniques de Wernersville, et le reste dans les maisons privées.

« Nos hôpitaux d'Etat, dit le rapport, ont continué, pendant l'année écoulée, à maintenir à un niveau élevé l'hospitalisation et le traitement du nombre énorme d'aliénés indigents qu'ils contiennent, et les résultats obtenus peuvent soutenir avec succès la comparaison avec ceux des autres Etats et des nations étrangères. » Dans quelle mesure est appliqué le *no restraint* dans ces établissements signalés comme des modèles et que rien ne nous permet, bien au contraire, de supposer inférieurs au jugement qui en est porté par la haute commission officielle d'un des plus importants Etats de l'Union ?

A Danville, hôpital desservant le district nord et contenant 1000 aliénés des deux sexes, on emploie les moyens de contrainte et l'isolement en cellule. Durant l'année 1901, 39 malades furent temporairement soumis au *restraint* pour des cas chirurgicaux ou pour les mettre dans l'impossibilité de nuire à eux-mêmes ou à leur entourage.

Norristown est l'hôpital du Sud-Est. Il renferme 2500 malades, hommes et femmes. On y emploie la contrainte et la cellule. A la date du 30 septembre 1901, 10 hommes et 13 femmes étaient restreints pour cas chirurgicaux ou impulsions dangereuses. Durant l'année, 28 malades (19 hommes et 9 femmes) ont été soumis aux moyens de contrainte.

L'hôpital de Warren, consacré au district nord-ouest de l'Etat, renferme 1000 aliénés des deux sexes. Durant l'année, 56 aliénés ont été soumis temporairement aux moyens coërcitifs. A la date du 30 septembre, 2 hommes et 16 femmes étaient restreints et 13 hommes et 8 femmes étaient isolés en cellule.

Et cependant, dans son rapport spécial, le directeur de cet hôpital fait les déclarations suivantes : « On se sert aussi peu que possible ici des moyens de contrainte. Les manches fermées sont le seul procédé employé excepté dans des cas très rares. Les malades taquins et

destructeurs y sont nécessairement soumis pour des périodes d'une durée variable, en raison du surpeuplement de quelques-uns de nos quartiers et dans l'intérêt des autres malades. C'est pour la même raison que nous employons la réclusion en cellule pour quelques-uns de nos patients qui ne peuvent jouir du privilège des salles communes en raison de leurs impulsions agressives et dangereuses.

« Le maintien par le drap a été employé nombre de fois durant l'année passée avec grand avantage pour les faibles, les vieux paralytiques et les déments avancés. Ces malades sont susceptibles de se blesser à chaque instant en tombant de leur lit. Le drap a prévenu de nombreux accidents sans incommoder les patients qui ont le libre usage de leurs membres, mais sont maintenus dans le décubitus. »

A l'hôpital de Dixmont, qui reçoit, au nombre de 830, les aliénés hommes et femmes du district ouest, une moyenne de 4 hommes et 6 femmes a été, durant l'année, soumise aux moyens de contrainte, « la forme du *restraint* étant la camisole ». Au 30 septembre, 4 hommes et 4 femmes étaient restreints, aucun n'était enfermé en cellule.

A Wernersville, asile d'Etat pour les aliénés chroniques, et renfermant 600 hommes et 200 femmes, 19 hommes et 16 femmes ont été, en 1901, soumis aux moyens de contrainte, et au 30 septembre, 4 aliénés destructeurs étaient camisolés et 3 femmes étaient enfermées en cellule pour cause d'agitation.

A l'hôpital d'Harrisbourg, desservant le district méridional, nous trouvons dans le rapport particulier de cet établissement pour l'année 1900, que 8 hommes ont été soumis à la contrainte par l'emploi de la ceinture et des gants, et que 21 femmes ont reçu le maillot ou ont été fixées dans leur lit à l'aide d'alèzes pour les empêcher de se mutiler, de se mettre nus, de défaire leurs pansements ou de se livrer à leurs impulsions homicides. Dans le rapport de l'année suivante, on constate que la contrainte a été appliquée à 9 hommes et à 16 femmes, et que 4 hommes et 7 femmes ont été mis en cellule pendant une durée de 15 minutes à 106 heures.

Si nous passons en revue les quelques établissements

privés de ce même Etat de Pensylvanie, nous voyons que, dans presque tous, l'usage des moyens de contrainte est signalé comme étant habituel, sans que rien permette de supposer qu'il n'en soit pas de même dans ceux où ce détail est passé sous silence.

Passons à d'autres documents. A l'hôpital central de Pétersbourg, pour l'Etat de Virginie, qui compte 980 aliénés des deux sexes, le *restraint* mécanique est *presque absolument interdit quelles que soient les circonstances*; toutefois 5 malades, sur 1195 traités, y ont été soumis. Occasionnellement, et pour de courtes périodes, on leur a appliqué le *manchon*. L'isolement en cellule y est rarement employé, sur l'ordre exprès du médecin, et pour un temps très court. Les chambres d'isolement pour la nuit sont peu employées, l'expérience ayant démontré au directeur que la grande majorité des aliénés pouvait être placés la nuit dans de vastes dortoirs ouverts.

Dans un article sur les établissements d'aliénés de l'Etat de New-York, nous disions en 1896 : « Les moyens de contrainte y sont peu employés. Ils le sont néanmoins quelquefois et sur l'ordre exprès du médecin, dans les cas chirurgicaux, suicides, homicides et toutes les fois qu'il le juge utile. A Buffalo on se sert d'une camisole à longues manches, ainsi qu'à Saint-Lawrence. A Binghampton on se sert de ceintures et de gants. Ailleurs on emploie le *protection sheet*, sorte de drap destiné à fixer et à immobiliser le patient dans son lit (1). »

Alors que ce moyen de contrainte est déclaré défectueux par le directeur de Saint-Lawrence, il est trouvé bon par d'autres. Le personnel médical de l'hôpital homéopathique de Middletown pensait, à la même époque, que l'usage du *protection sheet* l'emporte de beaucoup sur le *restraint manuel* des infirmiers et des surveillants. Ce maintien des aliénés dans leur lit par la force occasionne des corps à corps et des luttes d'où peuvent résulter des blessures corporelles pour les malades, sans compter un sentiment bien naturel

(1) A. Cullerre. Les établissements d'aliénés de l'État de New-York (*Annales médico-pyschologiques*, 1896).

d'humiliation que leur inflige leur infériorité dans cette lutte inégale et le ressentiment qu'ils en éprouvent.

Ainsi donc, l'usage motivé en même temps que modéré des moyens de contrainte est général dans les établissements les plus perfectionnés des Etats-Unis. D'après les documents que nous avons analysés ailleurs, il existe pareillement dans tous les asiles d'Ecosse, le pays peut-être où le régime des aliénés est soumis au contrôle le plus minutieux en même temps que le plus éclairé.

Et cela résulte, il faut bien le reconnaître, de la nature même des choses. *The minimum degree of restraint and the maximum degree of liberty* (1), est d'après le directeur de l'hôpital de Middletown l'heureuse formule qui résume la question du traitement des aliénés. « Tout, absolument tout ce qui concerne le traitement, ajoute-t-il, suppose la nécessité du *restraint*. Les mesures légales qui privent l'aliéné de sa liberté et le rendent civilement incapable sont une forme du *restraint*. Les hôpitaux et les asiles d'aliénés ne sont qu'une forme du *restraint*. Les règlements de ces institutions qui, bien qu'établis dans l'intérêt de sa guérison, limitent, commandent, restreignent la liberté d'agir de l'aliéné sont un mode de *restraint*. Si donc l'usage du *restraint* n'est pas licite dans le traitement de l'aliéné, tout est faux dans le régime que la loi, les règlements hospitaliers et les méthodes médicales lui apppliquent et il ne doit relever que de sa propre fantaisie. Cependant tant que les choses resteront en l'état, il faudra bien s'en fier à l'aliéniste compétent et expérimenté du soin de lui appliquer le traitement que son savoir et son habileté lui suggèreront et, dans certains cas, nous croyons que l'usage judicieux des moyens de contrainte devra faire partie de ce traitement ».

Cet aliéniste est un terrible dialecticien tout en faisant preuve d'un grand bon sens, réunissant ainsi d'une façon heureuse des qualités souvent opposées et contradictoires.

Notons en passant la variété des moyens employés

(1) Le minimum de contrainte avec le maximum de liberté.

pour appliquer la contrainte dans ces établissements. Cette variété d'engins, en même temps que les euphémismes dont on se sert pour les désigner, indiquent asez que ce n'est qu'à regret et parce que la nécessité y pousse qu'on les met en usage, qu'il en coûte un peu de l'avouer et que l'on craint de se faire sévèrement juger. La franchise du directeur de l'hôpital de Middletown qui proclame que, qui dit aliénation mentale dit contrainte, me paraît assurément préférable. Et, je le répète, ces établissements sont bien organisés, munis de tous les perfectionnements modernes, possèdent un nombreux personnel d'infirmiers et de surveillants diplômés, un service de garde spécial pour la nuit, un nombreux état-major médical. N'empêche que les accidents s'y produisent comme ailleurs. Six suicides ont été signalés en 1901 dans les établissements publics d'aliénés de Pensylvanie. C'est peu, mais c'est encore trop; aussi le rapport recommande-t-il instamment de soumettre à une surveillance spéciale tout mélancolique, qu'il ait ou non manifesté des idées de suicide. Il y a même eu un homicide et des plus regrettables. Au mois d'avril 1901, le Dr J. Erskine Johnston, de l'hôpital d'Etat de Danville, a été poignardé pendant sa visite par un de ses malades et a succombé presque aussitôt à ses blessures.

Une des particularités les plus curieuses que nous relevons dans ces documents, est la pratique des *sorties sur parole*, c'est-à-dire la faculté qui est accordée à certains malades de se rendre chez eux pendant une période plus ou moins longue.

Au 30 septembre 1901, à l'hôpital d'Harrisbourg, 46 malades (34 hommes et 12 femmes) étaient absents de l'asile sur parole, et retournés à leur domicile. A Danville il y en avait 12; à Norristown il y en avait 116, à Warren 5.

Il ne faut pas s'étonner de quelques-uns de ces chiffres; ils n'ont rien d'extraordinaire eu égard à la population élevée de ces établissements. Il s'agit là, en définitive, d'une mesure analogue à nos sorties à titre d'essai dont l'emploi, chez nous, n'est si peu répandu que parce que la loi ne l'autorise point expressément et que certaines

administrations préfectorales s'y opposent même d'une façon formelle. Aux Etats-Unis ces sorties provisoires ont un caractère légal, comme en Ecosse où les directeurs d'asiles peuvent accorder de leur propre autorité des absences de 28 jours. Pour une durée plus longue, il faut l'assentiment des commissaires pour l'aliénation mentale.

Et comme toutes ces règles sont pratiques! Certains malades qui retrouvent aussitôt leur lucidité dans l'enceinte tutélaire de l'asile, retombent avec une extrême facilité lorsqu'ils sont replongés dans le milieu social. En Ecosse, il y a pour ces individus des congés prolongés et renouvelables qui leur permettent de réintégrer l'asile à la moindre alerte et d'éviter ainsi les dangers qui résultent et pour la société et pour eux des délais nécessités par les formalités qui précèdent l'internement dans les circonstances ordinaires.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur ce que ces rapports appellent *l'out door*, c'est-à-dire les travaux des champs, les promenades et les excursions surveillées. Les travaux extérieurs sont organisés partout de la même façon, la nature des choses ne comportant pas des divergences notables dans le mode de procéder, et rien, ni dans la proportion du nombre de travailleurs, ni dans le genre et la variété des occupations, ne diffère en Amérique de ce qui existe chez nous. Quant aux promenades sous la direction et la surveillance du personnel, nous en avons déjà parlé dans un de nos précédents articles. Il s'agit de patinage, d'excursions en tramway et en bateau, de parties de campagne et même... de visites aux Expositions plus ou moins universelles. Le directeur de l'hôpital de Buffalo nous confie, dans son rapport de 1901, que l'année ne s'est pas écoulée pour lui sans d'assez grandes appréhensions en raison de la proximité de l'Exposition panaméricaine. Mais il a pris bravement le taureau par les cornes en décidant tout simplement que ses pensionnaires seraient conduits à l'Exposition! Et ç'a été pour eux, paraît-il, « une grande source de distraction et de jouissances ». Tous ceux qui étaient capables d'en profiter et d'y prendre plaisir ont reçu la permission de s'y rendre.

Leurs entrées, au nombre de 292, furent prélevées sur le *crédit des distractions*, un article qui ne figure pas dans nos budgets, entre parenthèse. Les malades y allaient par petits groupes conduits par un surveillant et aucun acte d'indiscipline, aucun accident, à part l'évasion d'un aliéné qui fut repris, ne fut observé durant tout l'été que durèrent ces visites.

Arrivons au véritable *Open door*, et voyons dans quelle mesure ce système — si système il y a — est appliqué dans les établissements dont nous possédons le compte rendu.

Nous en avons déjà signalé l'usage modéré dans quelques hôpitaux d'aliénés de l'Etat de New-York. « Dans plusieurs de ces établissements, disions-nous en 1896, à Utica, à Binghampton, à Rochester, on applique partiellement le système des *portes ouvertes* et des quartiers sont laissés sans fermeture, les malades pouvant circuler à volonté. Il y a cinq quartiers à portes ouvertes à Utica et huit à Binghampton. A Hudson River, beaucoup de malades sont libres, sur parole, d'aller et de venir comme il leur plaît ».

Dans les documents nouveaux que nous analysons, ou il n'est pas fait mention de l'*Open door*, ce qui signifie qu'il n'est pas employé, car l'optimisme habituel aux rapporteurs n'eût pas manqué de les faire se féliciter d'une mesure qui est considérée comme un progrès décisif dans le traitement des aliénés, ou il n'y est fait allusion qu'en termes peu précis et parfois trop sommaires.

« Dans l'organisation d'un asile, dit le Directeur de l'asile protestant d'aliénés de Montréal (Canada), il est de beaucoup préférable de courir les chances de quelques évasions que de restreindre la liberté des malades. En ne perdant pas de vue cette maxime, une grande liberté est accordée à un nombre important d'aliénés. » Cette grande liberté va-t-elle jusqu'à l'*Open door* complet? C'est ce que nous ne saurions décider d'après le texte qui précède.

« Beaucoup de nos malades, dit le directeur de Mac Lean Hospital (Massachussets), ont, sur parole, la libre disposition du pittoresque domaine de l'Etablissement

ou le privilège d'excursions plus étendues. C'est ainsi que nous nous efforçons de réduire au minimum tout ce qui éveille l'idée de séquestration et de faire naître dans l'esprit du patient celle d'un refuge contre la maladie et d'une maison de traitement ». Mais Mac Lean Hospital est une sorte de pensionnat qui compte environ 160 malades et qui ne saurait être comparé à un grand établissement public.

« Le nombre des malades ayant la liberté de circuler, sur parole, dans le domaine de l'hôpital, lit-on dans le rapport du directeur de l'hôpital de Norristown, a été progressivement porté à 50. Précédemment il ne dépassait pas 20. » Norristown renferme 2.500 aliénés ; on voit que la pratique de l'*Open door* y est plutôt timorée.

« Sur 900 malades, écrit le directeur de l'hôpital de Tanton (Massachusetts), 154 ont eu la liberté de circuler sur parole, dans le domaine de l'hôpital et quelques-uns ont été autorisés à sortir seuls de l'établissement sans inconvénients pour eux et sans ennuis pour le public. La liberté sur parole pour ceux qui ont une conscience suffisante de leur état, est, dans les cas curables, un facteur important de guérison et au moins d'amélioration pour ceux chez qui la guérison ne peut être espérée. »

Nous voyons encore là une application prudente et modérée de l'*Open door*.

Voici maintenant comment s'exprime, dans son rapport de 1901, le directeur de l'important hôpital de Binghampton, qui renferme 1.350 aliénés des deux sexes et dont nous avons déjà signalé la largeur de vues et la décision dans l'application de l'*Open door* : « La liberté personnelle du malade, combinée avec le traitement individuel, est un des principes fondamentaux sur lesquels reposent les méthodes modernes de l'hospitalisation des aliénés, contrairement à l'ancien système d'internement pur et simple dans les asiles qui ne valait guère mieux que la détention entre les murs d'une prison. Dans cet hôpital, nous croyons faire usage, plus libéralement que dans aucun des établissements de ce pays, de la liberté sur parole ; nous avons au surplus la certitude que dans cette voie nous n'avons pas encore atteint les limites compatibles avec la prudence et la sûreté. A l'heure présente, beaucoup de nos quartiers

n'ont ni grilles, ni barreaux d'aucun genre et les portes en sont ouvertes tout le jour. » Si cet honorable administrateur n'est pas, ainsi qu'il appert des premières lignes de ce passage, l'ennemi des vieux clichés, il ne l'est pas davantage de cet optimisme dont nous parlions tout à l'heure et qui, ici, confine à l'apologie. Mais que ne pardonnerait-on pas à un poète ! Car quel autre qu'un poète eût pu écrire la bucolique que voici : « Pendant les mois d'été beaucoup de nos malades font chaque jour de longues promenades dans la campagne ; ils cueillent les fleurs et les menus fruits des bois et des collines et cet exercice salutaire entretient et rend florissante leur santé. Pendant l'automne, beaucoup de ces membres quelque peu nomades de la famille hospitalière récoltent quantité de châtaignes et de diverses espèces de noix pour lesquelles ils trouvent un marché tout prêt dans la ville voisine et avec le prix qu'ils retirent de ces denrées ils achètent divers objets de toilette qui ajoutent à leur bien être et à leur contentement. D'autres prennent grand plaisir à pêcher dans la rivière et leurs captures sont parfois jugées dignes des honneurs de la cuisine. » N'est-ce pas charmant et cela ne vaut-il pas mieux que les parties de goguettes préconisées en style lyrique par quelques-uns des aliénistes de ce côté-ci de l'Atlantique? Je ne vois qu'une ombre à ce tableau, c'est que si Jacques Bonhomme trouvait chez nous quelque pensionnaire d'un de nos asiles ramassant ses châtaignes et gaulant ses noix, il ne manquerait pas de lui faire, avec décision et énergie, la conduite de Grenoble. Il y a décidément des choses qu'on ne peut faire qu'en Amérique.

En somme, nous voyons que les Américains, gens pratiques, comme toujours, ont pris à la méthode des portes ouvertes, et à part une ou deux exceptions, d'une façon plutôt timide, ce qu'il y avait en elle de réellement applicable, eu égard à leur conception actuelle de l'installation et de l'organisatian des établissements d'aliénés. Leurs hôpitaux sont d'énormes blocs surpeuplés contenant jusqu'à 2.500 malades et qui n'ont rien du florianesque village qui sera, dit-on, l'instrument de guérison de l'avenir, avec ses villas disséminées, ses trams, ses débits de tempérance et sans doute aussi,

par un judicieux symbolisme, son arbre de la liberté. Leurs hôpitaux d'aliénés, dis-je, sont d'immenses casernes suivant l'expression consacrée et dans une caserne, il semble nécessaire que la porte soit fermée, ou presque, car il y faut de l'ordre, de la discipline, une règle qui ne peut exister qu'en restreignant dans de justes limites, la liberté de chacun dans l'intérêt général. Si jamais on bâtissait l'abbaye de Thélème, ce ne pourrait être que sous la forme d'un délicieux village, comme celui que l'on promet aux futures générations d'aliénés et non sous celle d'un cloître du temps passé.

Nous nous en tiendrons à ces quelques extraits qui caractérisent suffisamment la manière de faire des aliénistes des Etats-Unis en ce qui concerne le *no restraint* et l'*Open door*. En somme, ils paraissent unanimes à penser qu'il s'agit là, non d'une doctrine impérative et de principes absolus hors desquels il n'y a qu'hérésie et anathème, mais simplement de mesures d'une application très générale, quoique pourtant contingente et subordonnée aux circonstances et à la clinique. Ce point de vue est à la fois rationnel et pratique. Au lieu de proclamer des dogmes, il convient donc de réserver la libre initiative de chacun et se défier de ce snobisme qui, en science aussi bien qu'en politique, nous pousse à renchérir sur l'opinion du voisin, de peur de paraître réactionnaires. L'essentiel, tout en souscrivant largement aux idées qui comportent un progrès, est de rester intelligents.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. — Thirty second annual report of the board of Commissioners of public charities of the Commonwealth of Pennsylvania for 1901 (Trente-deuxième rapport annuel du bureau des commissaires de l'Assistance publique de l'Etat de Pensylvanie pour 1901).

2. — Fiftieth annual report of the state lunatic hospital at Harrisburg for the year ending september 30, 1900 (Cinquantième rapport annuel de l'hôpital d'Etat des aliénés de Harrisbourg pour l'année finissant le 30 septembre 1900).

3. — Fifty first annual report, etc. (Cinquante et unième rapport annuel du même établissement pour l'année 1901).

4. — Twentieth annual report of the state hospital for the

insane, Warren, for the year ending november 30 1901 (Vingtième rapport annuel de l'hôpital d'Etat des aliénés de Warren pour l'année finissant le 30 novembre 1901).

5. — Twenty second annual report of the state hospital for the insane, Norristown, for the year ending september 30, 1901 (Vingt-deuxième rapport de l'hôpital d'Etat des aliénés de Norristown, pour l'année finissant le 30 septembre 1901).

6. — Eighty-eight annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital, concerning the Mac Lean hospital, at Waverley, 1901 (Quatre-vingt-huitième rapport annuel des administrateurs de l'hôpital général de Massachusetts, concernant l'hôpital Mac Lean, à Waverley, 1901).

7. — The state Asylum for the chronic insane of Pennsylvania; eight annual report for the year ending september 30 1901 (Asile d'Etat pour les aliénés chroniques de Pensylvanie; huitième rapport annuel pour l'année finissant le 30 septembre 1901).

8. — Twenty-third annual report of the managers of the Binghampton state hospital for the year ending september 30, 1901 (Vingt-troisième rapport annuel des directeurs de l'hôpital d'Etat de Binghampton pour l'année finissant le 30 septembre 1901).

9. — Thirty-first annual report of the Buffalo state hospital for 1901 (Trente et unième rapport annuel de l'hôpital d'Etat de Buffalo, 1901).

10. — Biennial report of the trustees and superintendent of the state insane hospital of Mississipi, 1901 (Rapport biennal des administrateurs et du directeur de l'hôpital d'Etat pour aliénés de Mississipi, 1901).

11. — Thirty-first annual report of the central state hospital of Virginia, Petersburg, 1901 (Trente et unième rapport de l'hôpital central de l'Etat de Virginie, Petersburg, 1901).

12. — Forty-eight annual report of the trustees of the Taunton insane hospital, for the year ending september, 30, 1901 (Quarante-huitième rapport annuel des administrateurs de l'hôpital d'aliénés de Taunton (Massachusetts) pour l'année finissant le 30 septembre 1901).

13. — Protestant hospital for the insane; Verdun, Montreal (Québec); annual report for the year 1901 (Hôpital protestant d'aliénés de Verdun, Montréal (Québec); rapport annuel pour l'année 1901).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1904

Présidence de M. BRUNET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Philippe, Rayneau et Thivet, membres correspondants, Förstner, privat docent à l'Université de Bonn (Allemagne), et Hans Enseven, médecin-directeur de l'asile d'aliénés criminels de Trondhjem (Norvège), assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Vurpas qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et par suite de ne pouvoir faire la communication inscrite à l'ordre du jour ;

2° Une lettre du ministre de l'Instruction publique faisant connaître qu'il serait réuni à Athènes, en 1905, un Congrès international archéologique.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Contribution à l'étude de la démence précoce*, par M. Erwin Stransky ;

2° *Revue de l'Hypnotisme*, numéro de février ;

3° *La Tempérance*, numéro de février.

Sur la proposition de M. le président, la Société décide que la durée des communications ne pourra désormais dépasser un quart d'heure, à moins d'une autorisation spéciale du bureau.

Une place de membre titulaire est déclarée vacante.

Rapports de Candidature.

M. Boissier. — Vous avez, Messieurs, nommé une commission à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Fr. Meeus au titre de membre associé étranger. M. Meeus est médecin de section à la colonie de Gheel. Ces fonctions lui ont fourni les matériaux et l'occasion de diverses études à diviser en : travaux de vulgarisation ; travaux relatifs à l'assistance ; travaux de psychiatrie.

En matière de vulgarisation, M. Meeus s'est attaché à répandre des notions d'anthropologie normale, pathologique et criminelle dans plusieurs séries de conférences. Il a fait connaître les grandes maladies épidémiques, telles que la peste, et contribué à lutter contre l'abus du tabac et l'usage de l'alcool.

En matière d'assistance, notre confrère a étudié le fonctionnement des asiles provisoires et ordinaires d'aliénés; mais il ne pouvait faillir à prôner surtout l'assistance familiale. Aussi a-t-il entrepris d'abord la réhabilitation du Gheel ancien, pour exposer ensuite les bienfaits du Gheel moderne, qu'il appelle « le paradis des aliénés ». Il s'étend particulièrement sur l'enseignement professionnel à donner aux nourriciers de cette colonie.

En matière de psychiatrie, M. Meeus a une prédilection marquée pour la démence précoce, affection au traitement de laquelle s'applique très bien le régime colonial. L'auteur n'a pas entrepris une revue d'ensemble, il a noté seulement les résultats de son expérience clinique personnelle et de ses propres idées, en deux mémoires portant sur un total de quarante-sept malades. Le premier mémoire traite de la démence précoce chez les jeunes sujets exclusivement, avec une tendance déjà formulée à élargir les limites d'âge pour cette maladie ; on la rencontre en effet chez des individus plus jeunes et plus âgés que ne le disent encore les ouvrages classiques. Dans le second mémoire apparaît la démence précoce de l'adulte, identique dans sa forme, sa séméiologie, et sa marche, à celle des jeunes gens.

Pourtant le terme de démence précoce est trop élas-

tique ; il permet de classer dans ce groupe nosologique des types morbides qui n'ont aucun droit d'y figurer. M. Meeus veut préciser davantage et rétrécir même la triple conception de Kræpelin, en conservant seulement les deux types hébéphrénique et catatonique complètement identifiés l'un à l'autre selon l'opinion de Aschaffenburg. Il faut donc trouver un terme exact qui différencie cette affection et la délimite des démences simples et paranoïdes, tout en rendant plus adéquatement l'aspect général de la maladie ; l'auteur propose celui de : *démence hébéphréno-catatonique*.

M. Meeus a aussi publié diverses observations isolées sur d'autres sujets, telles qu'un cas de délire simultané chez trois sœurs. L'exposé de ces idées et de ces faits constitue des fonds de communications et de mémoires parus dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, dans les *Annales de la Société psychiatrique néerlandaise*, dans des bulletins de différents congrès et dans des périodiques de vulgarisation.

La Société Médico-Psychologique ne pourra que se féliciter de l'admission de M. Meeus au nombre de ses membres associés étrangers.

Conformément à ces conclusions, M. Meeus est nommé, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. Dupain. — Messieurs, M. le docteur Afranio Peixoto, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bahia, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Rio-de-Janeiro, a sollicité le titre de membre associé étranger. Vous avez nommé une commission, composée de MM. Christian, Briand et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de notre collègue brésilien.

M. le docteur Peixoto nous a fait parvenir à l'appui de sa candidature des exemplaires de ses diverses publications scientifiques. Un projet de règlement sur le service médico-légal des autopsies (1). Ce travail a été fait principalement pour servir de guide aux médecins-experts. C'est une sorte de compendium d'autopsie avec des indications très détaillées sur le manuel opératoire

---

(1) Servicio medico-legal de autopsias, proyecto de reglamentacion. Buenos Aires, impr. Revista Nacional, Defensa, 257.

et l'examen méthodique des diverses régions et organes.

A la fin se trouvent quelques pages au sujet des précautions à prendre lorsqu'on soupçonne un empoisonnement, une asphyxie, un infanticide.

Une deuxième publication de M. le docteur Peixoto a été faite dans les Archives de jurisprudence médicale et d'anthropologie de Rio-de-Janeiro, intitulée : *L'hérédité de l'adultère. Contribution à l'étude d'une question psycho-sociologique* (1). Intéressante brochure dans laquelle l'auteur déplore la tendance des romanciers à écrire de véritables apologies de l'adultère, en couvrant de ridicule le pauvre mari trompé ; il parle ensuite du mariage moderne, sorte de problème d'arithmétique où l'on suppute l'apport des époux, sans se préoccuper de l'inclination réciproque ou du consentement mutuel. Comme conséquence : le mari, pour lequel le foyer domestique n'a pas d'attrait, a le jeu, le club, la politique, le sport, les arts, les cocottes, quand il ne va pas ruiner sa santé par l'alcool et les aberrations sexuelles ; de son côté, l'épouse privée d'une affection qu'elle n'a pas vue naître, ou qu'elle n'a jamais espérée, recherche dans les salons, dans les rues, dans les promenades, dans les compagnies périlleuses, dans les bras des amants, un passe-temps à une vie domestique vide. Les enfants, quand ils viennent, ne sont pas un obstacle à une vie, à ce point déréglée ; ils ne sont pas un lien domestique. Pour eux, les gouvernantes, les collèges, et plus tard, fiancés ou fiancées, ils seront recherchés pour un mariage rigoureusement d'intérêt.

Les pères transmettent aux fils les mêmes notions sur le devoir, pendant que les mères les incitent par l'exemple à mépriser l'honneur d'autrui. Les filles reçoivent des uns cet enseignement que les maris sont des animaux inoffensifs, pendant que les mères leur infusent avec la sexualité l'impudeur avec laquelle elles se lanceront dans les aventures téméraires. J'ai vu, dit l'auteur, des adultères par passion, par ostentation, par intérêt, par jalousie, par un motif inexpliqué, par occa-

(1) A herança do adulterio. Contribuiçao para o estudo de uma questão psycho-sociologica. Rio-de-Janeiro, Typ. Besnard, Rua do Hospicio, 138.

sion. Mais lorsqu'on descend plus bas dans cette investigation des causes, on arrive à cette conclusion : c'est que l'adultère est un mal héréditaire dans la grande majorité des cas. Le Dr Peixoto cite à l'appui de sa thèse un certain nombre d'observations personnelles : il conclut en somme que l'adultère est un mal social dans l'étiologie duquel l'hérédité possède une influence dominante ; l'hérédité, dans ce cas, n'est pas seulement l'hérédité des caractères physiques, révélant une sexualité exagérée, mais encore une hérédité de vices sociaux, une défaillance des sentiments de pudeur et d'honnêteté, acquise par la contagion de l'exemple dans le milieu domestique.

L'autre ouvrage, intitulé : *Epilepsie et crime* (1) est de beaucoup le plus important. C'est la thèse de doctorat de notre confrère. Un de ses maîtres, M. le professeur Nina Rodrigues, membre associé étranger de votre compagnie, Messieurs, a insisté pour que le Dr Peixoto, fasse une publication de sa thèse sous forme de monographie, et, de plus, il a présenté ce livre au public dans une préface savante et flatteuse pour l'auteur. Le crime, — cette manifestation de l'inadaptation au régime des lois qui règlent le contrat social — est, sans doute, tributaire de la dégénérescence; mais peut-il être ramené au plus violent et au plus agressif des types dégénératifs de caractère pathologique, à l'épilepsie? Tel est le problème que le Dr Peixoto se propose d'examiner dans son travail.

L'ouvrage est divisé en quatre chapitres :

Dans le premier, l'auteur s'efforce de démontrer ce qu'il appelle l'unité de l'épilepsie, malgré le polymorphisme de ses manifestations. Il passe en revue les opinions des différents auteurs à ce sujet, et la tendanee à voir dans l'épilepsie un syndrome clinique ; mais pour lui, l'épilepsie, qui se révèle par une quelconque de ses variétés cliniques, est en soi, intimement, essentiellement une dégénérescence, et le chapitre se termine par ces mots : « La dégénérescence épileptique, bien que protéiforme dans les manifestations variées de son his-

(1) Epilepsia e crime. Bahia, 1898.

toire pathologique, est incontestablement et essentiellement UNE. »

Le deuxième chapitre est consacré au crime. L'auteur énonce trois genres de criminalité : la criminalité essentielle, qui, à la façon des maladies dites idéopathiques, pourrait s'appeler idiogénétique ; elle se manifeste comme produit normal de quelques individualités antisociales, qui ne considèrent pas comme valable le concept harmonique du régime social ; — la criminalité mixte, lorsque sur le type anti-social viennent se greffer les déformations de la dégénérescence, de manière à le mettre plus promptement et d'une façon plus intensive en révolte contre la société ; — enfin la criminalité symptomatique, qui est la traduction, comme tant d'autres manifestations indifférentes, bizarres et, en apparence, sans importance, d'un état de perversion mentale, de désorganisation psychique, d'altérations provoquées par des entités morbides ou par des états tératologiques. « A la barbarie anthropophagique de quelques peuples sauvages j'oppose, dit l'auteur, l'anéantissement froidement accompli, calculé, infligé aux prisonniers sans armes dans une expédition militaire brésilienne. »

La seule différence, c'est que les barbares tuaient pour manger, tandis que les latins civilisés tuaient pour tuer. Pour l'auteur, le crime est la résultante nécessaire de l'action combinée ou isolée de conditions sociales, individuelles et physiques, en grandeur, en nombre et en proportions diverses.

Le troisième chapitre est consacré aux épileptiques criminels et renferme de nombreuses observations personnelles à l'auteur. « Je ne prétends pas affirmer, dit-il, que tout épileptique sera fatalement un criminel, entraîné par les excitations de sa maladie ; j'ai essayé de démontrer qu'un épileptique, à un moment donné, en présence de circonstances spéciales, pourra aller jusqu'au crime, comme en beaucoup d'autres circonstances il ne se serait livré qu'à des actes inoffensifs. J'ai cette conviction que la criminalité de l'épileptique est bien symptomatique de l'épilepsie. »

Le quatrième chapitre traite de l'irresponsabilité juridique et sociale de l'épileptique. L'auteur, très

documenté, donne l'opinion de Paul Zacchias qui déclare irresponsables les épileptiques pour les actes commis trois jours avant ou trois jours après les accès. Il cite également l'opinion d'auteurs plus modernes et passe en revue les législations actuelles à propos des épileptiques criminels ; il signale notamment, en France, la pavillon spécial de Gaillon.

En résumé, le Dr Peixoto expose dans son travail des théories discutables peut-être ou tout au moins sujettes à controverses : dans tous les cas il est très consciencieusement documenté et il fait preuve d'une érudition peu commune. M. le professeur Nina Rodrigues, dont je parlais plus haut, dit expressément, dans la préface qu'il a bien voulu faire, que cet ouvrage est le résumé de l'état actuel de la question, et qu'il est l'unique travail brésilien sur la matière.

La renommée de vos travaux, Messieurs, a depuis longtemps franchi les espaces des mers. M. le Dr Peixoto, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Rio-de-Janeiro, a l'ambition d'être votre associé étranger. Votre Commission vous propose à l'unanimité de lui décerner ce titre.

Conformément à ces conclusions, M. Afranio Peixoto est, à l'unanimité, élu membre associé étranger.

M. Roubinovitch. — Au nom de la Commission composée de MM. Joffroy, Pactet et Roubinovitch, rapporteur, j'ai l'honneur de vous exposer les titres de M. le Dr Stransky, assistant de la clinique psychiatrique de Vienne (Autriche), qui sollicite son admission à la Société médico-psychologique en qualité de membre associé étranger.

M. Erwin Stransky s'est fait connaître par plusieurs travaux importants parmi lesquels j'insisterai surtout sur ceux qui se rattachent à la pathologie mentale.

Dans une *contribution à l'étude clinique et pathogénique des psychoses d'angoisse* publiée en 1903, notre confrère autrichien rapporte deux cas d'affection cardiaque (insuffisance mitrale) acquise à la suite du rhumatisme articulaire aigu et suivie d'une psychose d'angoisse avec idées mélancoliques, tendance au suicide, etc... L'auteur s'applique à démontrer que le terrain de prédisposition cérébrale a joué dans ces cas un rôle primordial et que

c'est grâce à cette constitution névropathique fondamentale qu'on voit de simples douleurs cardiaques locales se transformer en anxiété d'abord, en angoisse mélancolique ensuite. L'anxiété cardiaque devient, comme dit M. Stransky, une hallucination angoissante de la sensibilité générale.

Non moins intéressant est le mémoire de l'auteur sur les troubles aphasiques, asymboliques et catatoniques observés par lui dans un cas *d'atrophie cérébrale*. M. Stransky a pu noter, en effet, chez son malade de l'écholalie, de la paraphasie légère, de la paragraphie, de la paralexie, de l'échopraxie, des phénomènes de flexibilité et de raideur des membres, etc... A l'autopsie, outre l'artério-sclérose des vaisseaux périphériques (il s'agissait d'un homme de soixante-cinq ans), l'auteur a constaté de l'atrophie cérébrale diffuse, accusée plus particulièrement au niveau de la circonvolution supramarginale gauche. — A propos de cette étude, M. Stransky se montre très au courant de la littérature médicale française dont il cite un grand nombre de travaux publiés sur la question des aphasies.

Je dois vous citer aussi une monographie très importante sur les *diverses formes de la démence acquise*. Tout en admettant l'existence de la démence précoce telle qu'elle a été décrite par Kraepelin, M. Stransky s'applique à démontrer à l'aide d'un nombre considérable d'observations, que l'ancien professeur de Heidelberg a donné à sa « *dementia præcox* » une trop grande extension, et que, à côté de cette forme clinique, il y a lieu de réserver une place importante à la « démence secondaire » des auteurs anciens.

Les travaux que je viens de rappeler montrent que M. Stransky est un aliéniste studieux et observateur dont la collaboration nous sera, j'en suis sûr, fort utile pour nous tenir au courant des recherches psychiatriques sortant de la clinique de Vienne.

Nous vous proposons, en conséquence, d'accepter M. le Dr Erwin Stransky au nombre des membres associés étrangers de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Stransky est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

Paralysie générale et syphilis cérébrale

par M. F. Tissot, interne à l'asile de Villejuif.

L'observation que nous relatons est celle d'une malade du service de notre regretté maître, le Dr Febvré, alors que nous étions son interne en 1901.

Il s'agit d'une femme syphilitique, âgée de trente-cinq ans, qui entra à Ville-Evrard le 11 octobre 1901, présenta le syndrome paralysie générale, mourut le 25 novembre de la même année, et à l'autopsie de laquelle on trouva une syphilis cérébrale en évolution, à côté de lésions ordinaires de paralysie générale.

Antécédents héréditaires. — Nuls au point de vue nerveux et mental. Une seule particularité intéressante, c'est une canitie totale précoce, héréditaire du côté paternel, qui survint chez le père et le grand-père à l'âge de vingt-deux ans, chez les deux frères à seize ans, et chez la malade elle-même à dix-huit ans.

Antécédents personnels. — Tempérament nerveux et agité; intelligence moyenne. Pas de maladie du jeune âge. Opérée à onze ans d'un strabisme congénital qui fut ainsi amélioré.

A vingt ans, syphilis, qui fut soignée à l'hôpital de Lourcine, et dont la malade semble avoir toute sa vie ressenti les atteintes, car elle se plaignait constamment de maux de tête. Soignée plus tard pour des troubles rattachés à une artérite spécifique, elle fut de nouveau soumise à un traitement antisyphilitique qu'elle ne put du reste pas supporter en raison d'un état gastrique.

Mariée; pas d'enfant ni de fausse couche. Habituellement constipée.

Cinq ans avant son internement, à l'occasion d'une frayeur, dit la famille, elle perdit connaissance et fut retrouvée inerte dans son escalier : c'est de là que datent les premiers troubles de la parole. Quatre ans plus tard, et en présence des siens, elle fait un ictus avec perte de connaissance, parésie d'un côté du corps et déviation de la bouche, tous accidents qui se dissipèrent très rapidement.

Quelques jours après, nouvel ictus, mais sans déviation de la face. Depuis lors elle tremblait, ne pouvait plus coudre, sentait ses forces diminuer, en même temps que s'exaltait son irritabilité; elle finit par s'aliter en septembre pour ne plus se relever.

C'est alors qu'elle est sujette à des frayeurs hallucinatoires, voyant assassins et voleurs, au moindre bruit se cachant vers le pied du lit, poussant des cris, cherchant à se soustraire à des visions terrifiantes. Puis elle se plaint d'un mal de gorge, disant qu'elle ne peut plus avaler, et de fait elle ne prend plus rien, d'où un amaigrissement très notable; ce que voyant, la famille expédie la malade à l'hôpital Bichat, où elle fut d'une agitation extrême, refusa toute nourriture, prétendant qu'on voulait l'empoisonner comme on avait empoisonné son père.

Evacuée sur l'asile clinique le 10 octobre, elle arrive le 11 à Ville-Evrard avec le certificat suivant : « Affaiblissement des facultés mentales, préoccupations hypocondriaques, dépression mélancolique, réponses monosyllabiques, refus d'aliment, inégalité pupillaire. » (Dr Magnan.)

La malade est dans un état semi-anxieux, le visage très coloré, la physionomie angoissée, l'œil brillant, comme sous le coup d'une grande souffrance. Pas de fièvre. Elle se plaint d'une violente céphalée siégeant au vertex, et qui semble être l'origine de tout ce complexus douloureux; elle porte la main à sa tête comme pour la soutenir et l'immobiliser, craignant les attouchements, repoussant la main qui s'approche pour explorer; le contact même des cheveux arrache des plaintes.

Elle appelle constamment l'attention sur sa gorge et parle d'angine; l'examen n'a révélé rien de ce côté.

Elle présente des alternatives remarquables d'excitation et de dépression : tantôt elle a la figure ouverte, exprimant la satisfaction, presque la joie de vivre, elle a l'œil vif, donne volontiers la main et répond en souriant aux formules de politesse qu'on lui adresse; très docile, elle mange facilement. Mais elle est dans une inconscience absolue de sa situation et tient des propos absurdes : « Elle a les bras coupés par les Prussiens, mais comme elle est sorcière, elle va pouvoir les rattacher; elle a une tête de cheval, elle va se changer en chien et aboyer, en ours, en lion pour chasser la fureur des Prussiens. » Ceux-ci occupent une grande place dans son délire; elle les voit, elle les tient sans toutefois en être effrayée : « je les vaincrai », dit-elle, et saisissant son édredon, croyant les tenir vraiment, elle le jette hors du lit.

Il lui arrivait de se faire vomir elle-même « pour faire des diamants ».

Parfois elle prétend que son ventre grossit : « Ça gonfle, vous ne voyez pas »; rejette loin d'elle draps et couvertures pour ne pas en gêner le développement et manifeste une vraie angoisse avec anxiété respiratoire, facies apeuré, plaintes, gémissements. Ou bien elle se croit enceinte, elle va accoucher;

« elle accouche, ça vient, ça vient, dit-elle en poussant, d'une fille et d'un garçon ».

Assez suggestible, elle a cessé de se faire vomir le jour où il lui a été dit que cela ne produisait pas de diamants. De même, on lui annonce qu'elle va accoucher, que le moment est venu: on la voit se mettre dans la position obstétricale, fléchir cuisses et jambes, prendre appui des mains à la tête du lit et pousser; après quelques instants, sur l'avertissement que c'est fini, elle quitte sa position intéressante et demande « ce que c'est ».

A ces journées d'euphorie expansive succède un état tout opposé de dépression : la physionomie prend alors parfois une expression d'extraordinaire abrutissement : l'œil fixement ouvert, hagard, les traits relâchés et flasques, le corps dans une immobilité relative; elle parle à peine, ne veut plus manger « parce que sa bouche est fermée et qu'elle ne peut l'ouvrir »; elle prend cependant quelques bouchées puis s'arrête : « il faut garder le reste pour faire des diamants blancs ». Dans ces périodes, elle a par instants une insurmontable difficulté à parler, à tirer la langue.

Outre les hallucinations visuelles signalées, la malade exprime des hallucinations auditives : le diable lui commande de ne pas manger, elle converse avec lui de même qu'avec d'autres personnes. Echolalie intermittente.

Troubles somatiques. — Tremblement des avant-bras et des mains; trémulation de l'orbiculaire labial, des zygomatiques; petites secousses fréquentes de tous les muscles péribuccaux donnant à la face l'expression et la tension musculaire convulsive d'une personne qu'étreint l'émotion et qui se retient de pleurer. Tremblement fibrillaire et de totalité de la langue; la parole est lente, tremblée, traînée, parfois bredouillée. Ataxie des membres. Incohérence des actes, mouvements automatiques.

La sensibilité objective paraît conservée.

Les réflexes, qui étaient nettement exagérés au moment de l'entrée, diminuent dans la suite et disparaissent complètement.

Pour les troubles oculaires, il faut faire la part de ceux qui reviennent au strabisme ancien, quoiqu'il ne soit pas facile de déterminer l'œil strabié, la malade ne se prêtant pas à l'exploration; il existe une asynergie musculaire entre les deux yeux : l'œil gauche peut se mettre en strabisme interne sans mobilisation synergique de l'œil droit; en même temps que se produit ce mouvement, la pupille se contracte. Pas de paralysie oculaire vraie. Les pupilles sont plutôt contractées, tantôt égales, tantôt inégales ; dans ce dernier cas, la pupille droite est plus grande que la gauche. Il y a synergie pupillaire dans les réactions à la lumière et à l'accommodation. Indépendamment de

cette anisocorie intermittente, elles ont des variations rapides de leur calibre sous la même intensité lumineuse. Réflexe cornéen diminué des deux côtés.

Au début du mois de novembre survient une diarrhée abondante, fétide, incoercible. La malade baisse visiblement ; elle n'a plus ces moments de douce quiétude qu'elle présentait par intervalles, ne répond plus qu'avec peine; plongée dans le marasme, elle s'émacie rapidement; elle gâte sans relâche. Vers la fin du mois elle meurt doucement, sans secousses, en pleine déchéance.

Autopsie.— La synostose cranienne est à une étape avancée de son évolution. Le pariétal gauche présente deux exostoses très rapprochées l'une de l'autre. On éprouve une grande difficulté à enlever la calotte cranienne, en raison des adhérences qui unissent l'os à la dure-mère au niveau des lobes frontaux et pariétal gauche. La calotte une fois enlevée laisse voir, suivant une surface correspondant aux exostoses précitées, la table interne corrodée, irrégulière, creusée en certains points, végétantes en d'autres; notamment, près du bord antérieur du pariétal gauche, à côté d'une dépression pathologique de l'os, on voit une énostose de la grosseur et de la forme d'un pois aplati. A cette aire d'ostéite, la dure-mère adhère solidement, et même, en un point rapproché du bord sagittal, celle-ci n'existe plus, la substance cérébrale apparaît à nu, ulcérée et détruite : ce point, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, correspond exactement à l'extrémité supérieure de la frontale ascendante. Une coupe verticale passant par la région ulcérée démontre la presque absence à ce niveau de substance corticale.

On note une congestion généralisée de la pie-mère, un peu d'œdème antérieur, l'opalescence de la pie-mère à la base du cerveau et du cervelet sans plaques de méningite, des traînées blanc laiteuses le long des vaisseaux.

Il n'y a pas d'artérite macroscopiquement appréciable, pas d'épaississement de la pie-mère; l'enlèvement de celle-ci détermine des érosions à la convexité, surtout sur les lobes frontaux.

La moelle n'a pas été extraite.

Rien à noter dans les viscères.

L'intestin, qu'il était intéressant d'examiner en raison de la diarrhée terminale, ne présente pas d'ulcérations; on constate seulement du boursouflement, de l'œdème, avec friabilité, de la muqueuse du gros intestin, et ces lésions sont surtout marquées dans la portion ultime de l'organe.

Examen histologique (1). — Il a porté sur la région ulcérée

(1) L'examen histologique a été fait par notre savant collègue le Dr Vurpas.

du cortex, sur la protubérance et sur la partie inférieure du bulbe.

Au niveau de l'ulcération cérébrale, la substance grise est détruite, les cellules nerveuses ont disparu et l'on trouve un tissu inflammatoire avec néoformation vasculaire. Les vaisseaux sont entourés d'un manchon de corps embryonnaires, et les artères présentent les caractères de l'endo-périartérite.

Dans la protubérance, au niveau du plancher ventriculaire, on trouve un tissu d'inflammation qui repousse les noyaux sous-jacents ; les cellules de ces noyaux sont du reste dégénérées. La méninge est épaissie, de nombreux leucocytes en tapissent la face interne. Mêmes lésions des vaisseaux.

Dans le bulbe, mêmes lésions de la méninge et des vaisseaux. On trouve là de petits espaces clairs, arrondis, avec une artériole pour centre, dans l'aire desquels manque la substance nerveuse; par contre ces lacunes sont sillonnées de minces tractus conjonctifs avec quelques corps embryonnaires disséminés ou groupés ; il s'agit probablement ici d'anciennes lésions gommeuses en voie de désagrégation. En d'autres points on trouve de petites formations arrondies, très vivement colorées par le picro-carmin, formées de l'agglomération d'un grand nombre de corps embryonnaires; ce sont probablement des gommes miliaires en formation.

Les racines émergentes des nerfs présentent aussi des lésions diffuses; parfois une grande partie du nerf est envahie par des leucocytes qui ont dissocié et détruit un certain nombre de tubes nerveux.

L'étude de cette observation prête à quelques considérations : d'abord au point de vue diagnostique, est-ce là une syphilis cérébrale ayant pris le masque de la paralysie générale ? Mais il manque au tableau symptomatique de la syphilis quelques-uns de ses plus importants symptômes: la malade n'a jamais présenté de ces troubles convulsifs nets ou paralytiques durables que l'on décrit comme si fréquents dans la syphilis du cerveau; à aucun moment de son séjour à l'asile, on n'a noté de manifestations épileptiformes, malgré la présence d'une néoformation osseuse intracranienne au niveau des circonvolutions frontales gauches ; ni d'hémiplégie ou de paralysie partielle, quoique le processus ulcéreux intéressât la zone motrice; ni d'attaques comateuses ou syncopales; nous avons insisté sur l'intégrité de la musculature, tant interne qu'externe, de l'œil.

Comme nous l'avons dit, on ne connaît que trois accidents apoplectiques dans l'histoire de la malade.

Cette absence de troubles convulsifs et paralytiques est le fait le plus curieux de notre observation : il laisse surgir quelques doutes sur la valeur, au reste déjà bien discutée, des localisations cérébrales. Il donne en tout cas un mode très atypique à l'expression symptomatique de la syphilis du cerveau.

Rien donc, du vivant de la malade, ne pouvait faire soupçonner une syphilis en évolution, si ce n'est la céphalalgie.

Au contraire, l'examen portait à admettre une paralysie générale banale survenue chez un sujet syphilitique ; d'autant plus que, au point de vue de l'invasion de la maladie par rapport à la syphilisation, ce cas rentre dans la moyenne indiquée par les auteurs (1), soit quinze ans entre l'infection et l'internement.

L'autopsie n'infirme pas cette manière de voir, car le fait est bien observé de la coexistence de lésions paralytiques générales et syphilitiques usuelles : entre autres auteurs, Mendel (2), Vallon et Wahl (3), Serrigny (4), Marie (5), Vurpas (6), en ont rapporté des exemples.

Ou bien est-ce là une paralysie générale évoluant de conserve avec des lésions tertiaires ? Sans trancher la question, nous serions cependant attirés vers cette

---

(1) Sérieux et Farnarier. Paralysie générale et Syphilis. *Soc. méd. des hôp.*, 27 octobre 1899. — T. Hansen et P. Heiberg. A quel âge s'acquiert le plus souvent la syphilis, et à quel âge éclate le plus souvent la paralysie générale. *Rev. de neurol.*, 1900, p. 496.

(2) Mendel, cité par Fournier, in *Les affections parasyphilitiques*, p. 177.

(3) Vallon et Wahl. Gommes syphilitiques chez les paralytiques généraux, *France médicale* et *Paris médical*, 1898, p. 465.

(4) Serrigny. Un cas de paralysie générale survenue pendant une syphilis secondaire, *Ann. méd.-psych.*, 1900, II, p. 385.

(5) Marie. Deux cas de paralysie générale syphilitique à gomme osseuse, traités par l'iodure et l'hypochloruration, *Ann. méd.-psych.*, 1901, I, p. 84.

(6) Vurpas. Paralysie générale avec sclérose combinée accompagnée d'accidents syphilitiques, *Revue de psychiatrie*, 1903, p. 282.

deuxième hypothèse, et cela en raison du tableau clinique qui était bien celui de la paralysie générale légitime, des adhérences méningées observées à l'autopsie, des lésions inflammatoires et des gommes miliaires révélées par l'examen microscopique. La méningo-encéphalite et les gommes miliaires sont en effet considérées par le professeur Raymond comme les lésions typiques de la paralysie générale observées chez les syphilitiques (1).

Un deuxième point intéressant, c'est le délire de grossesse et d'accouchement qu'a présenté notre malade; mais ces idées délirantes nous intéressent moins par elles-mêmes que par la pathogénie que nous croyons pouvoir en donner: notre malade avait habituellement le ventre gros « comme si elle était enceinte », suivant une expression des parents; il se peut que le souvenir d'une telle comparaison ait provoqué durant la maladie et en raison de l'affaiblissement intellectuel, des conceptions délirantes et des réactions motrices y correspondant (position obstétricale, efforts d'expulsion).

C'est aussi, croyons-nous, à une trop facile autosuggestion qu'il convient de rapporter la cause des préoccupations hypocondriaques que la malade exprimait parfois à propos de sa gorge, et qui dérivaient sans doute de l'affection pharyngée, prétendue ou réelle, pour laquelle la malade fut soignée chez elle et hospitalisée, et dont le souvenir réveillait des échos dans cette intelligence affaiblie.

Faisons ressortir l'existence chez notre malade d'hallucinations de la vue, ce qui n'est pas la règle dans la paralysie générale.

Enfin, cette association de lésions diffuses de paralysie générale et de lésions locales de syphilis est assez rare; elle expliquerait peut-être la marche rapidement fatale de la maladie.

DISCUSSION

M. Toulouse. — Cette observation est à rapprocher de celles que j'ai publiées avec M. Marchand et dans

(1) Raymond. Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux, *Archives de neurologie*, 1894.

lesquelles le délire de grossesse s'est manifesté au cours d'une phase d'expansion.

M. VALLON. — Cette observation est intéressante à plusieurs point de vue. Tout d'abord les lésions constatées à l'autopsie avaient-elles un rapport de localisation avec les hallucinations de la vue et de l'ouïe constatées dans l'observation?

M. TISSOT. — Les lésions étaient localisées au niveau du lobe frontal, sur les circonvolutions motrices.

M. VALLON. — D'autre part il est loin d'être commun de trouver sur un même cerveau des lésions localisées de syphilis cérébrale et des lésions diffuses.

M. BRUNET. — Où les adhérences étaient-elles localisées, à droite ou à gauche?

M. TISSOT. — Au niveau du lobe frontal des deux côtés et la gomme était à gauche.

M. VALLON. — Je ne me souviens pas d'avoir vu de gomme du cerveau dans un cas net de paralysie générale.

M. PACTET. — Le cas est peut-être moins exceptionnel qu'on peut le supposer au premier abord et M. Klippel a attiré l'attention sur ces formes de paralysies générales associées.

M. VALLON. — En ce qui concerne la rareté, je parle de lésions uniquement syphilitiques et de la réunion sur le même cerveau de lésions localisées et de lésions diffuses.

Délire consécutif à des pratiques spirites.

par M. le Dr DUHEM.

M. F..., sondeur, cinquante-deux ans, hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale avec délire, survenus à la suites de pratiques spirites.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves. Élevé au séminaire, il le quitte à l'âge de dix-huit ans avec une femme, et fait la campagne de 1870, comme franc-tireur et est ensuite incorporé au 13e régiment d'artillerie. Reste sept ans à la caserne, y devient adjudant et quitte l'armée sur la menace d'un officier de le faire casser parce qu'il lui avait enlevé sa maîtresse.

Entre dans une maison de sondage qu'il n'a pas quitté depuis.

A voyagé beaucoup en France et aux colonies; léger accès de dysenterie au Tonkin vers 1892.

Fièvre paludéenne à Grand Bassam, revient en France et se remet rapidement.

Histoire de la maladie. — Les essais de médiumnité remontent à il y a environ dix-huit mois. Il s'était rendu à une séance de spiritisme et avait vu des tables tourner, se balancer et parler.

Il fait plusieurs essais infructueux pour acquérir la médiumnité graphique, puis au bout de quatre ou cinq séances, sa main commence à se mouvoir seule; et les troubles se succèdent alors avec une très grande rapidité.

C'est d'abord l'écriture automatique qui d'intuitive devient semi-mécanique, puis mécanique pure, tellement qu'à quelque moment du jour que ce soit, il n'a qu'à se mettre en position d'écrire et immédiatement il écrit les messages des esprits.

Nous constatons à volonté ce phénomène, l'écriture automatique est d'ailleurs très peu différente de l'écriture normale.

Puis ce sont les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale; les premières débutent par une sorte de bruit de castagnettes suivi d'un charabia arabe incompréhensible, puis les voix se précisent et il s'entend dire des injures par les esprits mauvais et des paroles consolantes par les bons esprits : ceux-ci prennent le dessus et lui enseignent les plus hautes maximes de la philosophie et de la sagesse.

Ces troubles de la sensibilité générale se manifestent par de vagues douleurs dans les jambes, des sensations de « pointes de feu » sur la langue, et de « coups de tampon » sur tout le corps.

Les hallucinations de la vue ne tardent pas à apparaître sous forme de visions revêtant un peu le caractère des hallucinations des délires oniriques. Il a ainsi deux grandes visions; dans l'une d'elles il se reconnaît ou plutôt des voix lui disent qu'il a pris l'aspect d'un sombre moine à cagoule pour juger Allan Kardec.

En même temps ces mêmes voix lui prédisent les plus hautes destinées : « Il est Attila, roi des Huns, et des cieux régénérateur, il va renouveler le spiritisme pour en faire une doctrine universelle qui sera le phare de l'espérance contenant la science du visible et de l'invisible. »

« L'âme est l'étincelle, brûlante, réelle, irradiante, centre d'attraction du fluide subtil et éthéré qui forme l'intelligence et se développe dans le cerveau. »

Tel est le genre de discours que lui tiennent ses voix... Il

reconnaît d'ailleurs que ce n'est pas très clair et que de tout ce qu'elles lui ont prédit, jusqu'ici rien ne s'est réalisé.

Aussi reste-t-il très sceptique et ne croit-il pas à la réalité de leurs prédictions.

Depuis quelque temps les visions ont presque totalement disparu. Mais des troubles de la sensibilité génitale apparaissent : les Esprits l'empêchent d'exercer le coït normalement, il éprouve une grande peine à éjaculer et à sentir se produire le spasme génital, cela l'inquiète beaucoup.

On constate chez lui un certain degré d'asymétrie faciale ; les oreilles sont larges et non ourlées, les pupilles ne sont pas égales, mais leur inégalité n'est pas constante, c'est tantôt la droite, tantôt la gauche qui est plus grande. Les réflexes sont exagérés un jour, diminués le lendemain ; la sensibilité est très inégale, des zones d'hyperesthésie sont remplacées le lendemain par de l'hypoesthésie et même de l'anesthésie, plus marquée à droite.

Mémoire bonne pour les faits récents, et très infidèle pour les faits de date même peu ancienne, avec cela quelques troubles de la représentation mentale.

Ces signes qui sont assez inconstants chez lui nous suggèrent l'idée, que nous pourrions bien avoir affaire à un hystérique ; ce qui expliquerait la rapidité avec laquelle se sont développés chez lui les phénomènes automatiques, ces hallucinations de toutes sortes et le délire passager qui en a été la conséquence.

Nous disons délire passager. En effet, ce malade ne verse pas comme ceux des Drs Sollier et Boissier, Ballet et Dheur, dans le délire mystique ; il en forme une ébauche mais qui ne s'achève pas, car il s'aperçoit que ses voix ne correspondent à rien de réel et qu'il est le jouet d'hallucinations.

« Je ne crois, nous dit-il un jour, qu'à ce que je vois, touche et entends, or j'entends des voix et j'écris automatiquement, voilà la réalité ; ma main n'est qu'une machine à écrire, ni plus ni moins. » Il espère qu'il va guérir et n'ajoute plus foi au spiritisme.

Il est cependant un point qui le rapprocherait plutôt du malade présenté par MM. Ballet et Monnier-Vinard. Ce sont les idées de persécution consécutives à ses hallucinations de la sensibilité générale, et surtout à ses troubles génésiques. Malgré tous les raisonnements que nous lui tenons, malgré ses propres dénégations, il se

croit tout de même sous l'influence fluidique des esprits ne croyant pas qu'il put y avoir une autre cause à son commencement d'impuissance.

Mais il espère que le traitement électrique et surtout moral le débarassera de cela comme du reste, il a la ferme intention de ne plus écrire ni de ne plus faire tourner des tables et va partir pour l'Algérie afin que par une attention soutenue à ses travaux de sondage, il se débarrasse de ces troubles qu'il reconnaît pour être d'origine hallucinatoire.

DISCUSSION

M. Vallon. — Il sera bon, dès le début de l'observation, d'établir qu'il n'y avait pas d'intoxication alcoolique, car on pourrait penser à l'alcool, en présence des hallucinations.

M. Christian. — Je ne vois pas une grande différence entre l'écriture automatique et l'écriture ordinaire.

M. Philippe. — La grandeur plus grande de l'écriture automatique aurait son importance et viendrait confirmer les recherches que nous poursuivons sur l'écriture, M. Binet et moi. Le plus souvent un mot écrit dans une langue qu'on n'a pas l'habitude d'écrire est écrit en caractères plus grands : les résultats obtenus au Laboratoire ont tous été concluants à cet égard. De même si l'écriture qu'on emploie est différente de l'écriture courante, il se manifeste une tendance constante à employer des lettres plus grandes.

Les folies spirites,

par M. le Dr Marie.

A la fin de son étude philosophique de la folie considérée au point de vue historique, Calmeil dit que de nouvelles erreurs menacent encore la pathologie encéphalique et mentale. Or, c'est du magnétisme et du spiritisme que dérivent à nouveau ces épidémies de dissolution de la personnalité dont l'Amérique protestante a donné les premiers et récents exemples.

Les esprits frappeurs remplacent le diable des possessions primitives ; mais le mécanisme de la psychose est le même, ainsi que sa contagion aux hystériques. Il est curieux de voir ainsi l'équivalent de la démonopathie ancienne renaître dans des milieux modernes et d'une confession différente

C'est qu'en effet c'est là, à notre avis, tout à fait un équivalent moderne des anciennes démonopathies, et il n'y a pas, en dernière analyse, de différence fondamentale entre les folies spirites modernes et les folies religieuses anciennes. Les mêmes variétés s'y observent ; nous croyons, avec MM. Christian et Ballet, qu'on peut entièrement comparer les différentes variétés de spirites aliénés à celles des démonopathies. Comme le dit aussi Moreau, (de Tours), dans la *Psychologie morbide* (p. 221-222), les idées fixes, les hallucinations sont partout, toujours, chez tous les hommes petits et grands, savants et ignorants, le même fait morbide, la traduction phénoménale interne ou externe, d'une lésion somatique que le milieu moral ambiant peut faire varier dans ses manifestations extérieures, dans la forme mais non dans sa nature intrinsèque.

Il est clair que dans un milieu, ou à une époque où l'instruction est peu répandue, où peu de gens savent écrire, on n'observe que rarement des phénomènes d'automatisme graphique ; mais celui-ci sera remplacé par de l'automatisme verbal, et le trouble mental n'en sera pas différent pour cela. Les médiums spirites ne sont pas toujours écrivains ; les mêmes, après avoir fait écrire la table, peuvent se croire « possédés » par l'esprit, au point de parler pour lui et d'agir, conformant alors leur attitude extérieure à la personnalité étrangère supposée. D'autres spirites, qui n'écrivent pas, ont de l'automatisme verbal seul.

Certains, au lieu d'écrire, dessinent, figurent des personnages : autant d'automatismes qui s'équivalent, pouvant s'associer ou se succéder.

Les mêmes s'observent chez des délirants non spirites et se sont observé jadis sous des formes identiques ou analogues chez des mystiques autres, car le spiritisme peut être considéré comme une véritable religion ; de même que toutes les autres religions il est susceptible,

avec des prédisposés et des malades semblables, de susciter les mêmes phénomènes pathologiques ; les pratiques religieuses ou spirites exagérées sont le fait des mêmes tempéraments maladifs et servent de réactifs révélateurs aux mêmes anomalies cérébrales et nerveuses.

Celles des anomalies qui sont de beaucoup les plus remarquables chez les spirites et religieux sont les automatismes inconscients variés.

Entre l'automatisme spirite et le délire caractérisé, il y a cependant loin.

Les sociétés de gens s'occupant d'occultisme arrivent à faire de l'hallucination collective sans délire à proprement parler, autre que celui du meneur, si j'ose m'exprimer ainsi, qui peut être un convaincu délirant, s'il n'est pas un imposteur simple. Il peut y avoir là, en effet, ce qu'on rencontre à l'origine de toute épidémie de folie religieuse : un délirant actif ou une imposture ; parfois l'un et l'autre, quand le délire initial peut être canalisé au profit de certains intérêts. La foule des croyants, presque passive, ne délire pas, mais subit l'influence d'une sorte d'hypnose ou suggestion hallucinogène plus ou moins fugitive. On l'a vu pour quelques épidémies récentes où des populations de paysans venaient, dans des conditions données, chercher l'hallucination annoncée par une jeune prophétesse hystérique et l'obtenaient sans pour cela être des aliénés. Quand un groupe fait tourner une table, il faut un bon sujet qui mène le groupe et entraîne tout le monde.

Ce sujet peut n'être qu'une névropathe, une hystérique: c'est l'immense majorité des cas ; ces automatismes graphiques ont été trop bien étudiés et éclairés par l'école de la Salpêtrière, et les travaux de Janet et tant d'autres, pour que je m'y arrête. Je ne veux m'occuper que des délirants vrais qui, se livrant aux pratiques du spiritisme et catéchisés à ce point de vue, incorporent à leur délire les conceptions des spirites et leurs façons de se comporter ; en général, on remarque surtout les phénomènes d'automatisme spirite délirant en rapport avec les conceptions mégalomaniaques : c'est d'ailleurs la majorité des cas, croyons-nous. Le spirite, nouveau croyant, est par définition un esprit inquiet à la recherche d'un

idéal, convaincu qu'il touche à un monde mystérieux dont les voiles vont se déchirer pour lui ; favorisé de communications exceptionnelles, il ne peut qu'être confirmé dans ses prétentions. Son ambition de sortir des bornes où végète l'humanité vulgaire, ne peut qu'être bientôt satisfaite et décuplée par des communications rêvées.

Ce sont, le plus souvent, des orgueilleux sur la route de l'exagération de la personnalité et de l'hypertrophie du moi, et y parvenant d'autant plus rapidement qu'ils sont moins résistants mentalement. On pourrait invoquer ici ce fait à l'appui de la doctrine de M. Magnan, des délires d'emblée pour les plus dégénérés des spirites, alors que les autres évoluent plus ou moins lentement, voire même à un véritable délire chronique de couleur spirite. Pour ces doctrines, M. Magnan, dans son tableau comparatif des évolutions parallèles des variétés de psychoses chroniques, place en face des délires du moyen-âge, les délires modernes utilisant les progrès récents, voire même le spiritisme et le magnétisme ; en face des démonopathes, ensorcelés, possédés, damnés, il place les volés, ruinés, mouchardés, empoisonnés, électrisés, magnétisés.

De même que les démonopathes deviennent, avec le temps, démonolâtres, théomanes ou phophètes, les modernes deviennent grands de la terre, millionnaires, réformateurs ou magnétiseurs, incarnant finalement l'esprit dont ils n'étaient d'abord que le jouet ou l'interprète.

Les observations récemment présentées par MM. Ballet, Monnier, Vinard, Dheur, Sollier et Boissier, se rapportent à des cas de ce genre.

Là le plus souvent, un fond de dépression transitoire recouvre les tendances à l'exagération de la personnalité. Ces cas correspondent aux persécutés à la phase d'inquiétude ; plus ou moins vite, selon le terrain dégénératif et la culture, l'incarnation consolante s'établit : il y a sybillisme, le spirite devient médium, prophète, par l'incarnation directe ou progressive de tel personnage antique ou de telle divinité.

On peut, parmi les écrits des malades de cette première catégorie, distinguer des sous-groupements, selon

la phase d'évolution à laquelle ils se trouvent : ce sont d'abord les écrits de spirites délirants de la première période, phase d'inquiétude ou de persécution pure.

J'en présente un exemple : c'est une lettre d'un persécuté par le magnétisme qui se plaint des tortures que les magnétiseurs lui infligent (cette observation a été publiée par moi dans un travail sur les délires systématisés, publié en 1892) :

«..... Je suis persécuté et exécuté, écrit-il, tous les « lundis de terribles et cruelles expériences électriques « sur moi, chaque fois que je suis dans ma baignoire « depuis trente-neuf mois, — et nous espérons encore « en faire des expériences et te faire souffrir effroyable-« ment dans les contorsions et les contractions. » Ce sont les magnétismes qui répondent par sa main pour lui annoncer des tortures nouvelles.

A une phase suivante apparaît le courant d'idées défensives sous forme d'encouragements écrits, intervenant au cours des plaintes et attribués à des esprits protecteurs mystérieux.

Mais on peut observer les trois sortes d'écriture : l'écriture du persécuté conscient et les écritures médiumniques, des persécuteurs d'une part, des protecteurs de l'autre.

J'apporte un échantillon d'écrits d'une malade mégalomane où l'on trouve trace de ces trois sortes d'écriture.

Après avoir paraphrasé ses titres de reine de France et maîtresse des Tuileries, elle se plaint des démons qui la magnétisent, puis d'une crampe qu'ils lui envoient au moment même ; vient ensuite une série de salutations réitérées à différentes personnalités, sans rapport avec le reste de la lettre, elle s'en excuse ensuite en écrivant que tous ces bonjours ont été écrits malgré elle par les magnétiseurs pour la bafouer. La crampe préalable dans la main de ces malades à écriture automatique, est un phénomène fréquent, je pourrais presque dire constant.

Ball (p. 485) a cité le cas d'un homme intelligent et cultivé, qui s'était adonné à des invocations surnaturelles après lecture d'ouvrage spirites.

Il finit par évoquer un mauvais esprit : « Semblable « à ces enchanteurs maladroits, qui faute de connaître

« les formules sacramentelles, après avoir fait appa-
« raître le diable, ne pouvaient plus se débarrasser de
« lui, il était resté en tête à tête avec son persécuteur
« et se croyait lié par un pacte irrévocable qui le ren-
« dait esclave du démon auquel il avait voulu comman-
« der. » C'est là un cas mixte où il y a véritable démonopathie spirite. Ce délirant était-il un persécuté susceptible d'évoluer vers une phase d'idées de grandeur? Le texte de Ball ne permet pas de se faire une opinion ; mais il faut dire ici que si beaucoup de délires spirites arrivent d'emblée ou à la longue aux idées de grandeur, il en est d'autres qui évoluent dans un tout autre sens.

Je veux parler des mélancolies chroniques, dont le type est réalisé sous sa forme en quelque sorte systématisée de délire de négation de Cotard.

Ce sont là des démonopathes aussi, mais bien différents de ceux qui passent ensuite à la théomanie. Eux restent toujours de vrais mélancoliques, sauf en quelques cas mixtes rares, tels que ceux analysés et décrits avec tant de finesse par Séglas.

La transition entre ces psychoses mélancoliques spirites et les anciennes démonopathies qu'elles ressuscitent a été décrite aussi par Janet, dans une curieuse observation d'automatisme graphique, chez un mélancolique possédé du démon qui se croyait interdit de parler.

Malgré son mutisme délirant, le démon interrogé pouvait répondre, du moins, par sa plume.

Les démonopathes anciens sortaient de leur stupeur pour agir et parler en diables, dans des raptus automatiques où le phénomène psycho-moteur verbal est fréquemment relaté par les auteurs religieux du moyen âge.

C'est l'équivalent en démonopathie mélancolique des médiums-orateurs et à incarnations des spirites ; chez ces aliénés médiums-orateurs ou écrivains, il y a dissociation de la personnalité ; chez les médiums à incarnation, il y a personnalité transposée, supplantée par la personnalité hypothétique née du délire.

Mais le fond mental pathologique, sur lequel éclôt cette transposition ou dissociation de la synthèse mentale primitive, est caractéristique dans les cas de mé-

lancolie spirite ; il y a dépression mélancolique vraie et désagrégation mentale faisant place à une personnalité nouvelle désolante, si l'on peut dire, par le caractère de sa genèse et des réactions émotionnelles qu'elle éveille dans la mentalité antérieure du malade.

Tout comme les mélancoliques démonophobes qui s'identifient peu à peu avec le diable, le mélancolique spirite est hanté par un désincarné redouté, qui parle ou écrit par sa main, puis fait, peu à peu, place à l'intrus. En ces cas, celui-ci profère des blasphèmes et prend une attitude cynique en conséquence. Perdant progressivement leur personnalité première, ces mélancoliques en arrivent logiquement à croire qu'ils personnifient un malin esprit, si les troubles psycho-moteurs se caractérisent et prennent suffisamment corps pour provoquer des associations dynamiques coordonnées dans le sens de cette obsession terrifiante. Griesinger a signalé ces cas.

J'en ai pu observer un cas analogue, publié dans les leçons de Séglas sur les hallucinations psycho-motrices recueillies par moi à la Salpêtrière. (*Progrès méd.* 1888. n[os] 33-34.)

M. le D[r] Voisin l'a cité aussi dans une leçon que j'ai publiée sur le rôle du magnétisme dans les conceptions délirantes des aliénés. (*Annales de psychiatrie*, n° 6, 1891.)

Huet, à la même époque, a publié l'observation d'une mélancolique mystico-spirite à troubles psycho-moteurs graphiques.

Avec M. le D[r] Vallon, j'ai recherché, dans un travail sur les folies religieuses anciennes, les troubles psycho-moteurs décrits par les auteurs mystiques chez les démonopathes. Ces auteurs en distinguent deux sortes bien distinctes : les obsédés du démon, les possédés vrais.

Ils correspondent exactement aux démonopathes externes et aux démonopathes internes de Dagonet.

La même distinction s'impose, croyons-nous, pour les délires néo-mystiques ou spirites.

Dans ces derniers cas, il y a (possessions spirites vraies) médiumnopathie interne, si l'on peut dire, par analogie avec la démonopathie interne ; il y a tendance à l'extinction et négation de la personnalité primitive

par substitution d'une personnalité nouvelle tendant à effacer toutes traces de la précédente, car il y a opposition et contradiction flagrante entre les deux, alors que dans les délires spirites à systématisation primitive le dédoublement n'entame pas à proprement parler la personnalité initiale, au secours de laquelle vient en quelque sorte la personnalité nouvelle.

Quoi qu'il en soit, et dans tous les cas, le délire a le caractère de tentative que fait le malade pour s'expliquer son état.

Cette explication, le malade la tire fatalement des notions antérieurement acquises et du sens dans lequel son éducation a été dirigée.

De là l'intervention possible de préoccupations d'ordre mystico-spirite dans la recherche du pourquoi à une époque et dans les milieux où le spiritisme est en vogue.

A y regarder de près d'ailleurs, les auteurs spirites n'ont fait littéralement que reprendre les hypothèses anciennes des exorcistes en ce qui concerne leur théorie de la folie ; je n'en veux pour preuve que la façon dont ils s'expriment dans certains livres spéciaux. Quoi d'étonnant dès lors, à ce que leurs adeptes tombant malades appliquent à l'explication de leur mal l'interprétation que leurs correligionnaires leur ont enseigné et leur confirment au besoin, au cours de la maladie. C'est là, en quelque sorte, une renaissance de mysticisme pouvant servir de point de départ à un essor nouveau des psychoses néo-mystiques.

D'après le manuel le plus en usage chez les spirites (voir la *Survie*, par Noeggerath. Paris, 1897), les caractères distinctifs d'un bon médium seraient les mêmes que ceux des névrosés et des candidats à la tuberculose (blonds vénitiens).

Les asiles d'aliénés seraient des lieux de séquestration pour médiums méconnus possédés par les désincarnés.

« En Occident, ceux qui voient les habitants de l'espace et s'entretiennent avec eux sont réputés dangereux et, si l'être « revenant » qu'ils voient, leur cause quelque frayeur, leur fait pousser des cris, les médecins ne trouvent d'autre moyen de guérison que de faire enfermer les obsédés dans ce que vous appelez « les petites maisons » ; toutes les personnes qui se croient persécutées, et

qui peuvent l'être effectivement, passent pour avoir au cerveau des lésions qui produisent un dérangement mental. L'obsesseur a beau jeu alors ; sa victime est retirée du grand courant de la vie, enfermée ; elle devient plus complètement sa proie ; le mal grandit, devient incurable (à la longue l'obsession spirite occasionne en effet des lésions) ; et enfin la victime meurt sacrifiée par l'ignorance.

« J'ai visité bien souvent les endroits où l'on relègue de soi-disant fous. Ah ! quelle grande pitié j'ai eue pour ces voyants ! Je les ai secourus autant qu'il m'était possible ; mais, pour détruire la puissance d'une chaîne fluidique entre deux êtres qui se sont haïs dans d'autres incarnations, il y a une immense difficulté...

« Si les phénomènes psychiques passent encore pour des hallucinations aux yeux de ceux qui soignent les fous, je serai heureux de leur apprendre que cette seconde folie guérit de la première les voyants persécutés et que le jour n'est pas éloigné où l'on saura que les obsédés sont tourmentés véritablement par des désincarnés... »

Les anciennes possessions des cloîtres n'étaient que des cas de médiumnité par possession spirite et pour ces possédés anciens comme pour les nouveaux, le manuel spirite signale les pratiques indiquées pour y remédier. C'est une sorte d'exorcisme spirite.

« N'est-ce pas une chose sublime, ajoute le spirite, que d'arriver, par la connaissance des lois psychiques, à guérir les voyants que l'on croit fous, que d'arriver à les arracher à la douleur et à la persécution ? Ah ! lorsqu'on voudra se servir de ce côté pratique de la science d'outre-terre, combien de malheureux seront sauvés et pourront dire : Je ne suis donc pas fou ! Ce que je vois est une réalité et non l'illusion d'un cerveau malade.

« Quand, dès l'enfance, l'homme sera instruit des phénomènes qui se produisent par la communication si facile avec les extra-terriens, il saura à quoi s'en tenir sur les obsessions des désincarnés qui viendraient le persécuter et hanter sa demeure.

« Faisons des vœux pour que les applications multiples de la science d'outre-terre servent à soulager les voyants obsédés que l'on enferme et qui, étant médiums,

s'ils étaient instruits et éclairés, rendraient de grands services en produisant des phénomènes. Je salue avec joie les tentatives faites dans ce but et qui produisent des effets merveilleux. Une société de Toulouse a obtenu par ce moyen de remarquables guérisons ; le traitement consiste à instruire le revenant obsesseur. » (*La survie* l. c.)

« Et voici, dit E. Fournière dans *L'âme de demain*, qu'au moment où des penseurs qui sont des savants, accumulent des matériaux et posent les principes de la connaissance expérimentale de l'âme, une nouvelle psychologie métaphysique renaît de l'accouplement sénile de la philosophie et de la théologie.

« Le surgissement des phénomènes méprisés par la science menace de ramener les foules au merveilleux, et le monde s'apprête à baser ses croyances, ses espoirs et ses œuvres sur de nouveaux mystères.

« Et cela par la faute du passé, qui nous tient encore et ne se résigne pas ;...

« Gare au détraquement général !

« Les très réels phénomènes psychiques mis hors la science par les académies, reprennent les cerveaux en qui la négations des mystères avait fait le vide.

« L'épidémie gagne rapidement du terrain, conduite par ces myriades de fils électriques qui sont les nerfs des femmes... L'humanité pensante est à la veille d'une crise de folie, par l'imprudence des uns, l'insouciance des autres et l'ignorance des foules.

« Préservez des ignorants, des hallucinations et des charlatans le cerveau de notre faible humanité convalescente d'une longue crise mystique. »

C'est on le voit, sous une autre forme, en face de la renaissance mystique du spiritisme et des psychoses qu'elle suscite, le même cri d'alarme que poussa Calmeil il y a cinquante ans.

Je rappellerai, en terminant, que l'écriture médiumnique peut s'observer dans toutes les autres psychoses et en dehors des névroses avec lesquelles elles ne doivent pas être confondues à ce point de vue.

M. le Dr Vallon a décrit deux cas d'automatisme psycho-moteur dans l'alcoolisme (A. M. P. fév. 1895).

J'ai, avec M. le Dr Vigouroux, publié deux cas d'auto-

matisme spirite chez des déments séniles (Spiritisme et folie. *Revue de psychologie*. 200-244. 1898).

M. Sérieux a publié plusieurs observations de troubles psychomoteurs dans la paralysie générale, et j'en ai moi-même présenté avec M. Buvat trois observations à la Société (*Arch. Neurologie* 1901, n° 67).

J'en apporte, en terminant, une dernière dont je présente l'écriture automatique. Elle contient les plaintes du malade concernant des chiffres de fortune qu'il est obligé de prononcer ou écrire sans cesse, sorte d'arithmomanie mégalomaniaque contre laquelle il proteste. (Il en perd le sommeil.) Suivent les colonnes de chiffres, écrites malgré lui par le magnétiseur, puis une série d'insultes, sorte de coprographie, qu'il adresse à son tour à l'intrus, et dont il s'excuse en terminant sa plainte, disant qu'il a écrit cette page de blasphèmes pour arrêter son persécuteur.

Là, nous retrouvons en dialogue graphique le double courant d'attaque et de défense signalé pour les persécutés non paralytiques.

Ce dernier malade est mort paralytique général ; depuis, la démence avait d'ailleurs bien vite effacé tout délire spirite et toute manifestation correspondante d'automatisme.

Conclusion. — Les conceptions spirites peuvent se refléter dans les conceptions délirantes diverses. Comme toutes les hypothèses mystiques, le spiritisme peut être utilisé par les malades pour s'expliquer leurs troubles mentaux. Croyant innover, ces malades reviennent à la phase des conceptions mystico-fétichistes, selon la loi d'A. Comte.

Il n'y a pas de folie spirite distincte ; mais le spiritisme est susceptible de colorer d'un mysticisme particulier toutes les psychoses, car toutes peuvent donner lieu à des troubles psycho-moteurs. On peut ainsi distinguer des délires épisodiques de médiumnité ou des délires systématisés progressifs.

Les premiers forment la transition entre les folies proprement dites et les automatismes symptomatiques névrosiques.

Les dégénérés atteints de bouffées délirantes à teinte spirite commencent souvent par présenter des automa-

tismes graphiques ou autres en rapport seulement avec l'hystérie ou la neurasthénie.

Les pratiques exagérées du spiritisme attirent ces sujets. Elles peuvent contribuer à les précipiter dans la voie des psychasthénies dégénératives jusqu'alors latentes.

La médiumnité n'est pas fatalement délirante ; il y a le médium à éclipse momentanée et volontaire, et le médium *aliéné*, c'est-à-dire non maître de se ressaisir après la séance de médiumnité.

Entre les deux, il y a la même différence qu'entre le mystique convaincu qui s'hallucine par certaines pratiques pieuses appropriées, mais revient à lui, et le délirant mystique, jouet d'illusions et d'interprétations délirantes continues.

Les pratiques spéciales mystiques ou spirites conduisant à l'hallucination voulue des centres moteurs ou sensitivo-sensoriels, sont comparables à l'intoxication de l'ivrogne qui obtient l'ivresse sans arriver fatalement au délire alcoolique. La répétition de l'un peut cependant conduire à l'autre.

Dans les délires persistants et systématisés à teinte spirite, il en est, et c'est le plus grand nombre, où s'observe la médiumnité et l'automatisme graphique en rapport avec les trois phases de l'évolution délirante :

Phase de persécution.

Phase de mégalomanie.

Phase mixte intermédiaire (ou mixte d'emblée en certains cas).

D'autres réalisent des délires mélancoliques chroniques, à teinte spirite, correspondants aux démonopathies *internes* et au délire de négation de Cotard.

Enfin, les dissociations psychiques aboutissant à l'automatisme graphique plus ou moins semblable à celui des médiums et comme telles attribuées au spiritisme par les malades, peuvent s'observer à titre d'épisode chez toutes les autres catégories d'aliénés ; toutes peuvent, en effet, offrir l'automatisme psychique comme phénomène accessoire, au même titre que l'hallucination ordinaire plus ou moins caractérisée.

La folie, quelle qu'elle soit, n'est-elle pas toujours caractérisée par l'altération de la synthèse mentale,

terrain propice à tous les automatismes psycho-moteurs et autres ?

La séance est levée à 6 heures.

BLIN et DUPAIN

SÉANCE DU 28 MARS 1904

Présidence de M. BRUNET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Lapointe, Marie, Vurpas, membres correspondants. et M. Hans Evensen, médecin-directeur de l'asile d'aliénés criminels de Trondhjem (Norvège), assistent à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Meeus et Stransky, remerciant la Société de les avoir nommés associés étrangers ;

2° Une lettre de M. Giovanni Esposito, médecin de l'asile de Nocera-Inferiore, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Christian, Dupain et Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Sur les psychoses hépatiques, par M. Luigi Mongeri. — M. Dupain est chargé de faire un rapport sur ce travail ;

2° Deux rapports annuels sur le service médical de la section des aliénés de l'hôpital arménien de Saint-Sauveur à Constantinople, par M. Luigi Mongeri ;

3° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de mars ;

4° *La tempérance*, numéro de mars.

Le décubitus aigu dans la paralysie générale,

par le Dr A. Vigouroux.

Je voudrais communiquer à la Société deux observations de décubitus aigu survenu au cours de la paralysie générale chez des malades non cachectiques, l'un n'est resté que trois jours alité et l'autre était atteint de rétention d'urine. Dans le premier cas, le décubitus ne peut être mis en cause et dans le second la macération, si souvent invoquée, doit forcément être écartée.

Longtemps les escarres ont été considérées comme une complication obligatoire de la période terminale de la paralysie générale. Sans même remonter aux travaux souvent cités de Geoffroy et de Fregevu, MM. Christian et Ritti, dans leur article sur la paralysie générale du dictionnaire de Dechambre, s'expriment en ces termes : « Une lésion à peu près constante est l'escarre. Celle-ci se montre quelquefois au début de la maladie lorsque l'agitation maniaque est intense, bien plus souvent on ne l'observe qu'à une période avancée et elle est alors le résultat du décubitus prolongé. »

Toute autre est l'opinion de M. Arnaud qui, dans une communication faite en cette Société en 1897, affirme que les escarres peuvent être évitées avec des précautions « sans invoquer, dit-il (1), ni compression ni trouble trophique, il suffit de la macération du sujet dans les produits du gâtisme pour les expliquer. Quand on sera convaincu qu'elles ne tiennent pas à la maladie, mais aux soins qu'on donne, on les verra disparaître. »

Dans la discussion au cours de laquelle M. Arnaud fit la déclaration que nous venons de citer, M. Christian confirme l'opinion de M. Arnaud : « Les escarres n'existent plus depuis qu'on sait mieux soigner les paralytiques généraux et qu'on ne se croit plus obligé de les maintenir au lit pendant des semaines et des mois. Je n'ai pas actuellement dans mon service de

(1) *Annales médico-psychologiques*, janvier, février 1897, p. 98.

Charenton un seul paralytique ayant des escarres. » M. Vallon partage aussi l'opinion de MM. Arnaud et Christian au sujet des escarres. « On les évite en laissant les malades hors du lit. »

Enfin M. Dupain déclare aussi qu'il n'y a plus d'escarre dans l'asile de l'Orne depuis le changement de système dans le couchage et dans les soins donnés au paralytiques généraux.

Seul M. Charpentier, dans cette même séance, fait entendre une très énergique protestation contre cette rareté des escarres et « doit avouer que dans son service elles constituent sinon la généralité du moins la règle ».

M. Paris (*Archives de Neurologie*, 1898), dans une note sur le traitement préventif et curatif des escarres, émet une opinion analogue sur leur pathogénie. Il les considère comme le résultat de l'action irritante et corrosive des liquides stercoraux et urinaires sur la peau préparée par quelque trouble trophique ou rendue particulièrement fragile par la misère physiologique.

Enfin plus récemment M. Dupré, dans le *Traité de pathologie mentale*, écrit que dans la paralysie générale « surtout l'escarre sacrée où trochantérienne peuvent s'observer, mais ces complications sont rares lorsque est mise en pratique l'hygiène antiseptique de la peau ».

De ces quelques citations il semblerait ressortir qu'il est possible d'éviter les escarres en tenant les malades propres et en les faisant lever.

Cette opinion me paraît trop catégorique ; d'abord l'alitement ne doit pas être incriminé, l'observation m'a montré que le plus grand nombre des paralytiques généraux alités pendant de longs mois et même des années pouvaient ne pas avoir d'escarres ; d'autre part, si le nombre des escarres observées chez les paralytiques généraux a notablement diminué depuis que sont mises en pratique dans nos asiles des mesures convenables d'hygiène et de propreté, il reste encore un certain nombre d'escarres que ne peuvent éviter les soins les plus minutieux : je veux parler des escarres en rapport avec les névrites, avec les lésions de la queue de cheval, avec les myélites et enfin de celles qui succèdent aux ictus apoplectiformes ou épileptiformes et qui ont

la plus grande analogie avec les décubitus aigus étudiés par Samuel en 1860 et décrits par Charcot en 1872 dans la période apoplectique de l'hémorragie cérébrale.

Ces escarres d'origine cérébrale, médullaire, névritique sont relativement assez nombreuses et je crois que dans tous les services où se trouvent des paralytiques généraux (hommes), on doit en rencontrer.

M. Cololian, étudiant les troubles trophiques chez les paralytiques généraux des services de MM. Vallon et Briand, signale huit escarres sur cinquante-sept malades qu'il étudie.

Dans mon service de Vaucluse où se trouvent une centaine de paralytiques généraux, j'en ai toujours deux ou trois. C'est particulièrement les escarres survenant après les ictus que je voudrais étudier aujourd'hui.

Charcot (Décubitus dans les lésions du cerveau, in *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1877, p. 93), décrit une escarre située au centre de la région fessière succédant à un érythème qui se développe du deuxième au quatrième jour après l'attaque ; il l'a observée surtout dans l'apoplexie consécutive à l'hémorragie intra céphalique ou au ramollissement partiel du cerveau, mais aussi dans l'hémorragie méningée, la pachyméningite, etc.

M. le professeur Joffroy, dans son étude sur l'escarre fessière et ses rapports avec les lobes postérieurs des hémisphères cérébraux (*Arch. génér. de méd.* 1876, p. 57), cite une paralytique générale de trente-cinq ans qui eut deux escarres fessières à la suite de plusieurs attaques apoplectiformes avec hyperthermie.

M. Vallon, dans sa thèse, a également signalé des cas analogues.

Chez nos deux malades, les escarres ont été limitées à la région fessière du côté de l'hémiplégie transitoire et des convulsions ; il y a eu d'abord congestion de la région, puis une plaque érythémateuse s'est produit ; au centre de la plaque, l'épiderme s'est d'abord couvert de phlyctènes, s'est desséché et rétracté. Il s'est formé une croûte qui est tombé et à laissé a nu une surface rouge séparée des parties saines par un sillon profond ; puis l'élimination complète du tissu mortifié s'est produit, laissant une cavité profonde et anfractueuse, ne sup-

purant pas; puis quand l'élimination fut terminée, a commencé la période de réparation.

Voici du reste les observations résumées.

Obs. I. — Mon... Jules, âgé de trente-six ans, entré le 27 juin 1903 à l'asile de Vaucluse.

Le diagnostic de paralysie générale a été porté par le Dr Legras à l'infirmerie du Dépôt, par le Dr Magnan à Sainte-Anne.

Il présente les signes classiques : embarras de la parole, inégalité pupillaire avec conservation des réflexes, tremblement de la langue, exagération des réflexes rotuliens; il a de l'affaiblissement intellectuel et de l'excitation, il manifeste des idées absurdes de grandeur et de richesses : il possède des milliards, M. Lépine a épousé sa fille, etc.

Il est dans un bon état de nutrition et pèse 70 kilogrammes, alors que sa taille est de 1^{m} 70,

La maladie a débuté il y a dix-huit mois et les premiers symptômes remarqués par la famille ont été, comme de coutume, l'affaiblissement de la mémoire et la modification du caractère, puis survint l'incapacité de travailler et les idées de satisfaction apparurent.

Il eut deux ictus épileptiformes avec perte de connaissance et hémiplégie droite fugace.

Dans ses antécédents héréditaires nous relevons la mort subite d'un oncle et d'une tante paternels affectés de maladie de cœur.

Le 2 août 1903, c'est-à-dire six semaines après son entrée, Mon... a un ictus apoplectiforme. Il est dans un état comateux, tout le côté droit est paralysé, il y a de l'extension de l'orteil à droite. L'hyperthermie et l'état comateux durent deux jours.

Le quatrième jour, le malade a repris connaissance, il est toujours paralysé et on constate que la fesse droite est grosse, dure et à sa partie médiane une plaque érythémateuse se montre grande comme deux pièces de 5 francs.

Le sixième jour, l'hémiplégie a disparu et le malade est levé; à ce moment, l'épiderme n'est pas soulevé et seule subsiste une tache d'érythème. Bien que le malade fût debout avec un pansement sur la fesse, l'évolution de l'escarre ne fut pas modifiée; la période de mortification dure une dizaine de jour, puis le tissu mortifié s'élimine et la période de réparation commence vers le 10 septembre, c'est-à-dire quarante jours environ après le début.

L'escarre était très profonde, elle consistait en une cavité anfractueuse, plus étroite à sa partie profonde qu'à son ouver-

ture, où elle mesurait de 8 à 10 centimètres de diamètre, traversant les muscles fessiers et allant presque jusqu'à l'os iliaque.

Dès que l'élimination du tissu mortifié fut terminée, la réparation se fit avec une rapidité relative (elle était pansée avec du vin aromatique stérilisé), et au bout de deux mois il ne restait plus qu'une cicatrice.

L'état mental du malade n'avait en rien été modifié par l'apparition ni l'évolution de l'escarre, contrairement à ce qu'ont avancé certains auteurs ; Mon... resta toujours mégalomane et excité.

Le 19 décembre, un mois après la guérison de l'escarre, il succomba à un nouvel ictus épileptiforme avec mouvements spasmodiques du diaphragme.

A l'autopsie, les os du crâne et la dure-mère ne présentaient rien d'anormal. Les circonvolutions cérébrales étaient atrophiées et recouvertes d'une pie-mère épaissie et opalescente avec des suffusions sanguines nombreuses ; les adhérences étaient surtout marquées au niveau des lobes sphénoïdaux et orbitaires : à ce niveau l'extraction de la pie-mère entraînait avec elle la substance grise sous-jacente. L'hémisphère gauche pesait 620, le droit 635 grammes ; le liquide céphalo-rachidien était très abondant. Les poumons étaient très congestionnés ; le foie très gros pesait 2.335 grammes, il présentait à sa surface des plaques jaunes circonscrites, il était à la fois gras et congestionné. La rate pesait 210 grammes. Le cœur pesait 540 grammes le muscle cardiaque était jaune et mou.

En résumé, ses organes étaient ceux de l'alcoolique et son cerveau avait des lésions banales de méningo-encéphalite diffuse.

Obs. II. — La seconde observation se rapporte à un malade actuellement dans mon service et dont l'escarre fessière est encore en évolution. Fleisch..., âgé de quarante-trois ans, peintre-chaisier, est entré le 30 janvier 1904 ; la paralysie générale dont il est atteint a été diagnostiquée par le Dr Charpentier à la Salpêtrière et le Dr Magnan à Sainte-Anne.

Il présentait à son entrée de la démence avec euphorie, de l'inégalité pupillaire, la pupille droite étant en mydriase, la diminution des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accomodation, de l'embarras très marqué de la parole et du tremblement fibrillaire de la langue et de l'affaiblissement musculaire généralisé.

Dans ses antécédents héréditaires, nous notons qu'une sœur plus jeune que lui est internée depuis plusieurs années, présentant de la mélancolie avec des idées de suicide. Trois frères et trois sœurs sont bien portants, ainsi que le père et la mère.

La femme a fait trois fausses couches, a eu un enfant mort à deux mois de diarrhée; à sa cinquième grossesse, elle a eu une fille actuellement âgée de quatre ans, bien portante.

Lui-même n'a jamais eu de grave maladie; il y a six ans, il a eu un zona thoracique; il faisait des excès alcooliques portant surtout sur l'absinthe et l'eau-de-vie. Nous n'avons pas de renseignements certains sur le point de savoir s'il a eu la syphilis, bien que les nombreuses fausses couches de sa femme permettent de le supposer.

Les premiers symptômes de la maladie : affaiblissement de la mémoire, modification du caractère, se sont manifestés, il y a un an; en juin 1903, il eut un ictus apoplectiforme suivi d'embarras de la parole, il a pu travailler cependant jusqu'en décembre dernier, bien qu'il eût perdu depuis plusieurs mois son habileté professionnelle.

A son entrée, il n'était pas cachectique et pesait 67 kilogrammes, alors que sa taille était de 1^m^60.

Huit jours après son entrée, pendant la nuit du 6 au 7 février, alors qu'il n'était ni constipé, ni gâteux, il eut trois ictus épileptiformes avec convulsions prédominant dans le côté droit, coma, et température de 38°5. L'état comateux persiste deux jours, le côté droit est flasque; un hoquet fréquent s'installe et persiste pendant cinq jours. En même temps apparaît une rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme jusqu'au 28 février.

Le 20 février, douze jours après les attaques, alors que la rétention d'urine persistait et que le malade n'allait pas à la selle que par lavement, une légère élévation de température 38°5. La fesse droite est dure et congestionnée, le lendemain apparaît un érythème superficiel de la largeur de la paume de la main; puis l'épiderme à ce niveau devient noire, se soulève. Douze jours après le 3 mars, la partie sphacélée est noire, un sillon assez profond la sépare nettement des tissus sains; à la périphérie de ce sillon, l'épiderme est mis à nu. L'élimination du tissu mortifié a commencé et dure pendant dix jours. A ce moment, il subsiste une plaie profonde anfractueuse, d'aspect rosé, s'enfonçant profondément à travers les moules fessiers.

La réparation se fait assez rapidemect et se continue d'une façon normale.

Dans ce cas encore la présence de l'escarre n'avait modifié en rien l'état mental du sujet; huit jours après son apparition, la rétention d'urine qui peut être attribuée à une congestion de la prostate, disparaissait et le malade depuis urine seul.

Ces escarres fessières ne comportent donc pas un pronostic défavorable ; contrairement à ce qui se passe dans l'hémorragie cérébrale où leur apparition constitue un signe du plus fâcheux augure, *decubitus ominosus* (Charcot).

Nous ne les considérons pas non plus comme un phénomène critique précédant une amélioration notable de l'état des malades, comme le pensaient Laffite, Fregevu, Baillarger.

Elles creusent en profondeur, elles siègent à la région fessière et sont unilatérales ; par ces caractères elles doivent se distinguer des escarres sacrées dues à une lésion de la moelle, ces dernières « ayant une tendance à gagner en surface » (Christian et Ritti).

Elles se distinguent également des excoriations de la peau qui suppurent, par ces différents caractères de siège, d'unilatéralité et d'évolution.

Si maintenant nous cherchons la cause organique de ces escarres, nous nous trouvons en présence de plusieurs théories.

Charcot avait d'abord considéré cette lésion comme un des effets de l'hyperémie neuro-paralytique, puis il avait été amené à penser qu'il était plus vraisemblable d'invoquer l'irritation de certaines régions de l'encéphale, qui auraient dans l'état normal une action plus ou moins directe sur la nutrition des divers points du tégument externe. (Charcot, *loc. cit.*, p. 94.)

Dans ce même ordre d'idées, M. le professeur Joffroy a cherché à établir l'existence de centres cérébraux trophiques indépendants « des centres psychiques, moteurs et peut être aussi des centres sensitifs (*Arch. gén. de méd.*, 1876). »

Les faits ne sont pas venus confirmer cette hypothèse séduisante : il semble admis aujourd'hui que les fonctions vaso-motrices sont sous la dépendance de certaines cellules nerveuses et ne sont pas localisées à une région cérébrale.

MM. Déjerine et Leloir, en 1881, Pitres et Vaillard, en 1883, ont insisté sur l'importance pathogénique des lésions névritiques qu'ils ont rencontrées au voisinage de l'escarre, quelle que soit son origine (affections cérébrales et médullaires).

Mais cette névrite parenchymateuse des nerfs de la peau est-elle primitive, ou ne serait-elle pas secondaire aux lésions de l'escarre?

A. Voisin la considérait comme secondaire ; pour lui, les escarres sont sous la dépendance de modifications du sang et des diverses sécrétions en rapport avec l'état de cachexie.

M. Déjerine admet « que la dégénérescence des nerfs et le décubitus consécutif est probablement le résultat de l'interruption de l'influence trophique dans le système nerveux central ».

Cette interruption de l'influence trophique ne serait donc que transitoire, puisque les lésions sont réparables.

M. Durante, dans une revue sur les troubles trophiques et circulatoires de la paralysie générale (*Gaz. heb.*, 1894), insiste sur la cause vasculaire, sur l'importance des poussées congestives qui sont si fréquentes et si précoces dans la paralysie générale et qui se localisent ou, tout au moins, prennent une intensité beaucoup plus grande dans certains points.

N'est-ce point à des poussées congestives se produisant dans l'écorce cérébrale que sont dus les ictus épileptiformes si fréquents au début même de la maladie?

L'importance des troubles vaso-moteurs, déjà vue par Bonnet et Poincaré, a été surtout mise en évidence dans ces dernières années par M. Klippel qui a montré l'existence, dans les organes, de dilatations capillaires s'accompagnant de foyers d'hémorragies miliaires et a pu décrire le foie, le rein, le poumon vaso-paralytiques.

M. Durante admet, et nous admettons avec lui, que des poussées congestives analogues se produisent dans le tissu cellulaire sous-cutané, que la dilatation vasculaire peut aller jusqu'à la rupture. Le trouble circulatoire ainsi produit abolit les échanges nutritifs et détermine une mortification locale, comme pourrait le faire une embolie ou une thrombose artérielle.

L'observation clinique nous semble confirmer cette hypothèse; en effet, l'escarre fessière, lorsqu'elle est constituée, évolue d'une façon fatale comme un infarctus, elle se mortifie et s'élimine; de plus, nous avons observé des cas où, à la suite d'un ictus épileptiforme, se développait dans la fesse du côté hémiplégié une congestion

active qui rétrocédait au bout de quelques jours sans laisser d'escarre ; dans ces cas, la poussée congestive n'avait pas produit la rupture vasculaire, l'hémorragie interstitielle, cause directe de la mortification des tissus.

Il semble donc bien qu'il existe chez les paralytiques généraux des escarres fessières analogues aux décubitus aigus observés dans les hémorragies cérébrales.

Ces escarres seraient le produit de poussées congestives allant jusqu'à la rupture vasculaire, abolissant les échanges nutritifs et amenant une mortification totale des tissus.

Ces poussées congestives traduisent l'infection en action sur les centres vaso-moteurs.

DISCUSSION

M. Arnaud. — J'ai, en effet, combattu l'idée classique et banale que les escarres sont inévitables dans la paralysie générale ; après quelques années d'observation j'ai constaté que les faits ne répondent pas à la réalité, mais je n'ai pas dit qu'on n'en pouvait pas observer du tout, et tout dernièrement encore j'ai eu à en observer trois, survenues quarante-huit heures après un ictus chez un paralytique général, alité depuis longtemps sans avoir jamais jusque-là présenté d'escarres. Les escarres graves ne sont donc pas un état obligatoire de la paralysie générale, mais peuvent s'observer à la suite des complications de la période terminale de la paralysie générale, en dehors de la compression, à la suite de lésions de la queue de cheval, d'ictus, etc.

M. Briand. — Depuis vingt ans que j'observe des paralytiques généraux à Villejuif, j'ai vu de grandes variations dans le nombre des escarres et ces variations me paraissent tenir à l'infirmier chargé du service. Le rôle de l'infirmier est, en effet, considérable. Toutefois je ne nie aucunement le rôle du trouble trophique ; mais je ne reconnais que peu d'influence à la compression.

M. Vigouroux. — Le rôle de l'infirmier est d'empêcher la production et l'inflammation d'excoriations épidermiques ; mais il est d'autres escarres que les soins les plus minutieux ne peuvent éviter.

M. Brunet. — M. Nageotte dit que tous les troubles trophiques tiennent à des lésions médullaires.

M. Vigouroux. — J'admets très bien qu'il y ait des troubles trophiques d'origine médullaire, mais je demeure persuadé que le plus grand nombre des escarres fessières sont, comme le voulait Charcot, d'origine cérébrale.

L'accident de Villejuif et la prétendue bienveillance des paralytiques généraux,

par M. le Dr Pactet.

Messieurs, je désirerais vous dire quelques mots d'un accident, survenu dans mon service, il y a eu hier huit jours, et qui a occasionné la mort d'un infirmier. Si je me permets de retenir un instant votre attention sur ce sujet, c'est que, selon moi, il s'en dégage un enseignement relatif à la réputation dont jouissent certains aliénés, d'être tout à fait inoffensifs, alors que cette réputation est loin de répondre à la réalité.

Voici les faits. Dimanche 20 mars, l'infirmier chargé, pendant la nuit, de la surveillance de l'un des dortoirs du quartier des agités, venait de prendre son service, lorsqu'une altercation se produisit entre deux malades de ce dortoir, dont l'un réclamait à l'autre un journal qu'il lui avait prêté. Ce dernier refusant de le rendre et faisant du bruit, l'infirmier intervint et le menaça, s'il ne se calmait pas, de le mettre dans une chambre d'isolement. Le malade, à deux ou trois reprises, avait déjà dû précédemment, en raison de sa turbulence, être isolé la nuit, pendant quelques heures. Devant cette menace, il sortit de son lit et se jeta sur le veilleur en disant : « Cette fois-ci, je vais me défendre. » Puis, passant aussitôt de la parole à l'acte, il le saisit à la partie antérieure du cou de la main droite, tandis qu'il l'enlaçait du bras gauche, au niveau de la région lombaire. Il le maintint d'abord arcbouté contre un lit, puis tous deux roulèrent à terre.

L'infirmier cria « au secours » ; à cet appel, un malade du dortoir se précipita aussitôt à son aide et le

dégagea rapidement de l'étreinte de son agresseur. D'autres infirmiers qui se trouvaient dans le quartier s'empressèrent de donner les premiers soins à leur camarade, pendant que l'on allait chercher l'interne de garde et me prévenir de ce qui était arrivé.

La scène n'avait pas duré plus d'une minute et s'était déroulée vers 8 h. 10, à un moment où les infirmiers de jour qui venaient de cesser leur service depuis dix minutes à peine, se trouvaient dans le quartier et n'étaient pas encore couchés.

Je me rendis immédiatement auprès de l'infirmier et trouvai, en arrivant, mon interne, M. Privat de Fortunié, déjà occupé avec plusieurs de ses collègues à lui donner les soins qu'exigeait son état. Injections d'éther, inhalations d'oxygène, respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, électrisation du diaphragme : toutes ces manœuvres, continuées pendant deux heures et demie, restèrent sans résultat.

Il est bon de noter que le cou ne portait aucune trace de constriction et ne présentait pas la moindre tache ecchymotique.

Quelle a été la cause de la mort? En raison de sa soudaineté, — n'oublions pas que la lutte entre l'infirmier et le malade n'avait pas duré plus d'une minute, — il était bien difficile de l'attribuer à l'asphyxie.

En général, les individus en état de mort apparente, du fait de l'asphyxie, peuvent être rappelés à la vie, lorsqu'ils reçoivent des soins, au bout de cinq, dix minutes ou même d'un temps plus long; ici les secours médicaux furent presque immédiats et cependant la mort fut définitive. Il était légitime de penser à une syncope mortelle, car c'est par le cœur que l'on meurt avec le plus de rapidité et l'hypothèse s'accordait ici avec les faits.

L'autopsie médico-légale à laquelle j'assistai, fut pratiquée à la morgue par M. le professeur Brouardel et M. le Dr Socquet. Le larynx était intact, ses cartilages ne présentaient aucune lésion. Les différents organes, à part le poumon, n'offraient aucune altération digne d'être notée. Il existait seulement un certain degré de congestion pulmonaire.

M. Brouardel rapporta la mort à l'inhibition résultant

d'un choc ou d'une constriction au niveau du larynx, inhibition qui entraîne l'arrêt brusque du cœur et des phénomènes respiratoires. Pour que cette inhibition se produise, il n'est point nécessaire que la violence exercée sur le larynx soit intense ; un choc léger, une faible constriction suffisent et il existe, dans les annales de la science, plusieurs cas où la mort fut provoquée, sans intention de la donner, par quelqu'un qui, pour jouer, serrait légèrement le cou d'une autre personne. Quant à la congestion pulmonaire, elle se rencontre, d'après M. Brouardel, dans tous les cas de cette nature, et il convient de se garder d'une erreur qui parfois a été commise en la considérant comme la cause de la mort, alors qu'elle n'est qu'une lésion secondaire.

Voilà les détails concernant la victime.

A quelle catégorie d'aliénés appartient le meurtrier? Il s'agit très probablement d'un paralytique général, à la première période de la maladie. Si je n'affirme pas d'une façon absolue le diagnostic de paralysie générale, c'est que je n'ai pas constaté jusqu'à maintenant chez le malade, qui se trouve dans mon service depuis un mois environ, de troubles bien nets de la parole ; néanmoins ma conviction est que nous avons affaire à un paralytique général, c'est aussi l'opinion de M. Garnier qui l'a examiné à l'infirmerie spéciale et de M. Magnan qui l'a observé quelques jours à l'admission. Leur certificat, à tous deux porte la mention : début probable de paralysie générale. D'ailleurs cette absence d'embarras de la parole ne suffit pas pour rejeter ce diagnostic, car j'ai vu plusieurs paralytiques généraux chez qui ce symptôme ne s'est manifesté que d'une façon tardive.

Les paralytiques généraux, et c'est là le point sur lequel je désire insister, ont une réputation de bienveillance si solidement établie que, pour beaucoup de médecins, même de ceux qui connaissent les aliénés, un acte de violence de leur part constitue un fait exceptionnel. C'est ainsi que M. le professeur Brouardel, à qui je donnais quelques détails, avant l'autopsie, sur les circonstances du meurtre, manifestait sa surprise de voir un paralytique général en être l'auteur; il n'en trouvait pas d'autre exemple, dans sa longue pratique médico-légale.

Eh bien, c'est contre cette réputation de bonté, de douceur, de bienveillance faite aux paralytiques généraux, que je voudrais réagir, car, pour moi, elle est absolument usurpée et l'opinion que j'exprime est basée sur des faits précis. En ne faisant appel qu'à mon expérience personnelle qui n'est pas encore très longue, j'ai eu l'occasion de voir déjà trois meurtres accomplis par des paralytiques généraux. L'un d'eux avait tué, d'un coup d'épée, une concierge qui voulait l'empêcher de pénétrer dans la maison dont elle avait la garde. Le second cas se rapporte à un malade de l'asile de Villejuif qui, en 1896, étrangla, pendant la nuit, un autre paralytique général qui troublait son sommeil en se levant et en faisant du bruit. Pour l'obliger à rester couché, il lui passa autour du cou un nœud coulant fait avec une ficelle dont il fixait l'autre extrémité aux barreaux du lit. Enfin le troisième cas est celui dont je viens de vous entretenir.

En dehors de ces trois exemples de mort provoquée par des paralytiques généraux, il serait trop long de dresser la liste des violences exercées par eux contre les personnes.

Je veux cependant vous rapporter encore ce dernier fait qui s'est passé dans mon service, il y a cinq ou six mois et qui aurait eu certainement les suites les plus graves, sans la présence, dans le dortoir, d'un infirmier. Un paralytique général, voisin de lit d'un épileptique, est incommodé, pendant la nuit, par la respiration stertoreuse de ce dernier qui venait d'avoir une attaque. Que fait-il? Il prend un journal et le transforme en tampons de papier dont il bourre la bouche de l'épileptique.

Celui-ci ne dut son salut qu'à l'intervention immédiate du veilleur.

Je n'insiste pas davantage ; je crois avoir fait la preuve du danger que constituent les paralytiques généraux pour ceux qui les entourent. Ce danger résulte de l'affaiblissement de leurs facultés mentales qui les laisse désarmés, en face de cet automatisme impulsif qui, privé du contrôle du jugement, les pousse à accomplir des actes dont ils sont incapables de discerner les conséquences. Et leurs réactions violentes sont d'autant plus

dangereuses qu'elles sont instantanées, surgissent souvent à l'occasion des faits les plus insignifiants, et qu'il est, par suite, impossible de les prévoir.

Attachons-nous donc à détruire la légende sur laquelle repose la réputation de bonté et de bienveillance des paralytiques généraux, et ce sera justice.

DISCUSSION

M. Briand. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Pactet sur la réputation, non méritée, de bienveillance des paralytiques généraux.

M. Christian. — La communication de M. Pactet confirme ce que j'ai déjà dit, à savoir que les paralytiques généraux sont des aliénés dangereux. Tout ce que j'ai vu au cours de ma longue expérience confirme cette opinion. D'ailleurs il faut bien reconnaître que tous les aliénés sont dangereux.

M. Blin rapporte un cas d'inhibition comparable à l'accident dont il est question. Ce cas d'inhibition était survenu à la suite d'un traumatisme brusque, mais léger, du larynx au cours d'une partie de foot-ball. Heureusement les suites ne furent pas aussi tragiques et les manœuvres pratiquées immédiatement eurent un résultat favorable.

M. Marie rapporte le cas d'une paralytique générale qui frappait violemment avec un sachet rempli de sable les idiotes et gâteuses qui ronflaient autour d'elle dans le dortoir, si bien que ces malheureuses avaient la figure tuméfiée, sans qu'on pût tout d'abord connaître la cause de ces traumatismes. Ce n'est que par hasard que l'on surprit la vérité. D'autre part, une statistique faite dans mon service m'a fait constater la fréquence des tentatives de suicide chez les paralytiques généraux. Je me rallie donc à l'idée de M. Pactet que les paralytiques généraux sont des malades dangereux et à surveiller.

M. Pactet. — Je crois que pour résumer la discussion on peut dire de la paralysie générale qu'en même temps qu'elle peut emprunter à toutes les maladies mentales leur complexus symptomatique, elle peut aussi leur emprunter leurs réactions violentes.

Du rôle de l'imitation dans la formation d'un délire,

par MM. Cl. Vurpas et Em. Duprat.

Au nom de M. Duprat et au mien, je désirerais présenter quelques considérations sur le rôle de l'imitation dans la formation d'un délire. L'importance pathogénique de ce facteur psychologique nous a semblé mériter l'attention. Le trouble délirant qu'il a engendré nous paraît demander une description spéciale, et c'est le rôle caractéristique de cette imitation que nous avons essayé de mettre en lumière.

Dans l'observation qui va suivre, on verra que nous nous sommes efforcés d'étudier la pathogénie plus que la symptomatologie du délire de notre malade. Nous avons essayé de reconstruire génétiquement son « délire de persécution à base religieuse », au lieu de l'étudier simplement dans ce qu'on pourrait appeler sa systématisation. Et en assistant à l'éclosion de ce délire, nous avons remarqué que son évolution était soumise à une forme spéciale de mécanisme intellectuel morbide que nous proposons d'appeler *forme par imitation*. La lecture de notre observation et des idées qu'elle nous a suggérées montrera plus clairement le rôle que peut jouer une certaine imitation psychologique, — que nous nous efforcerons de définir, — dans la genèse et la constitution de diverses formes délirantes.

Maria F..., quarante-six ans, artiste peintre. Née de parents religieux, notre malade fut élevée par eux dans la religion catholique, et a toujours pratiqué régulièrement. Son instruction paraît superficielle; mais il convient de noter chez elle des tendances artistiques qui furent cultivées. A dix-huit ans, c'est à sa culture esthétique qu'elle a demandé son gagne-pain; elle s'établit professeur de peinture et d' « ouvrages de dames » (broderie, tapisserie). Installée dans un quartier riche et protégée par plusieurs familles nobles, elle a toujours gagné facilement sa vie et a même aidé souvent ses vieux parents. Célibataire, sa vie s'est écoulée uniforme et tranquille dans le quartier de Paris où elle est née, jusqu'aux derniers jours de mars 1903, époque à laquelle a eu lieu son internement.

La malade présente manifestement des signes de dégénéres-

cence mentale. Elle a des phobies peu nombreuses mais très vives (phobie des chats, de la couleur rouge, peur de l'obscurité, etc...). Ses représentations mentales ont une intensité et une vivacité anormales. Si la malade lit un roman, elle *voit* ce qu'elle lit. Il en résulte un arrêt continuel dans l'évolution des processus psychiques qui, au lieu de se dérouler avec la vitesse normale obtenue par un degré moyen d'abstraction, sont arrêtés à tout moment par l'objectivation des images, véritables représentations concrètes qui, en raison de leur éclat, arrivent à occuper à elles seules la conscience du sujet.

C'est d'ailleurs ce que F... traduit très exactement en nous disant « qu'elle lit très lentement parce qu'elle voit les choses ». Cette intensité des représentations visuelles s'accompagne d'une grande émotivité, provoquée même par la simple lecture. L'intérêt qu'elle portait aux héros dont elle apprenait l'histoire était très vif, sans que cependant elle soit jamais allée jusqu'à s'identifier avec eux. Mais elle y songeait avec complaisance et aimait à vivre dans ce monde imaginaire, qui revêtait pour elle les formes de la réalité.

Jusqu'à l'âge de vingt ans, F... était d'une piété qu'elle qualifiait d' « ordinaire », et il faut croire qu'elle n'était pas plus portée vers les choses religieuses que la grande majorité des jeunes filles élevées dans des familles pratiquantes. Elle n'avait même pas présenté la légère crise de mysticisme si fréquente chez les adolescents. Elle nous dit elle-même : « Ce n'est qu'à l'âge de vingt ans que j'ai compris la communion. » Cette phrase jetée au hasard dans une de ses lettres nous porta à interroger plus spécialement notre malade. Nous apprîmes alors que, vers sa vingtième année, elle avait lu une « Vie de la Bienheureuse Marguerite-Marie ». Elle lut avec beaucoup d'intérêt la vie si curieuse de la Visitandine, d'autant plus qu'elle crut remarquer de grandes « ressemblances » physiques entre elle et la sainte. Ces analogies physiques, cette identité presque complète de tempérament ne font pas pour F... l'ombre d'un doute. En réalité, cette ressemblance, si ressemblance il y a, était vague et lointaine. Peu importe à F..., Marguerite-Marie devient sa sainte de prédilection, son amie et sa protectrice céleste, et, en même temps, son modèle.

Notre malade avait « vu clair dans sa vocation » ; elle avait « trouvé sa voie ». Puisque Marguerite-Marie avait été la zélée adoratrice du Cœur de Jésus et de l'Eucharistie, F... aura un culte tout spécial pour ce divin Cœur et pour la communion « qui est, dit-elle, l'expression la plus grande et la plus admirable de l'amour de Dieu ».

Dès ce jour, F... orienta toute sa vie dans le sens de cette imitation. Tout d'abord, elle s'appliqua à ressembler de plus en

plus étroitement à son modèle. Marguerite-Marie avait des dévotions spéciales, celle du Sacré-Cœur par exemple, F... eut les mêmes. Marguerite-Marie avait certaines formules de prière favorites, certaines « effusions mystiques » privilégiées, notre malade eut les mêmes. Cette imitation n'alla pas, comme bien on le pense, sans difficultés, et la transformation que F... fit subir à son « être intérieur » dura des années. Elle se souvient de découragements anciens, de périodes de lassitude, de tentations, comme elle dit, mais elle n'a jamais douté réellement de son rôle et de sa vocation. Dans les premières années de cette transformation, elle pensait que son but était de jouer dans une sphère plus modeste, le rôle qu'avait joué sa sainte. Marguerite-Marie avait amené l'univers catholique au culte du Sacré-Cœur; son œuvre à elle serait de ramener au Sacré-Cœur les prêtres et les fidèles de sa paroisse. Peu à peu, cette idée grandit chez elle, et quelque temps avant son entrée à l'asile, elle se croyait déjà amenée à ramener non plus sa paroisse, mais la France tout entière, au culte du Sacré-Cœur.

Les manifestations de la vie religieuse de F... n'eurent d'abord rien de choquant ni d'anormal. Elle devint dévote, assistant tous les matins à la messe, communiant régulièrement chaque jour, suivant assidument tous les exercices religieux, et, cela va sans dire, lisant et relisant sans cesse la vie de « sa chère petite Visitandine ». Peu à peu, la vie religieuse prend plus de place chez notre malade. F... entend trois messes tous les jours : une de préparation à la communion, une où elle communie et une d'action de grâces. Elle se fait affilier aux confréries de sa paroisse et se décide enfin, pour suivre plus complètement son modèle, à se faire religieuse.

L'ordre dans lequel elle devait entrer était tout indiqué, Marguerite-Marie était religieuse de l'ordre de la Visitation; F... se présente au noviciat des Visitandines et y est refusée. Pour quel motif? nous l'ignorons; et notre malade elle-même prétend ne pas le savoir. Elle prend très mal ce refus, car elle y voit déjà un commencement de persécution organisé par le diable, et rentre dans sa paroisse. Mais à partir de ce moment, tout va devenir l'objet d'interprétations délirantes. Comme elle tient toujours à son projet de vouer sa paroisse au Sacré-Cœur, elle va trouver le curé et le prie « au nom de Jésus » de bâtir un autel dédié au Sacré-Cœur. Elle ne s'inquiète aucunement des moyens pécuniaires pour réaliser ce projet; d'ailleurs « l'argent viendra tout seul », grâce aux personnes un peu religieuses et aux âmes du purgatoire. Ce ne fut probablement pas l'avis du curé, qui renvoya F... en lui disant que les ressources de la paroisse ne permettaient pas cette dépense.

Notre malade ne se tint pas pour battue. Elle écrit au curé

et aux vicaires et leur dit qu'elle doit « ramener toute la paroisse au culte du Sacré-Cœur », qu'elle doit « être écoutée, puisque Marguerite-Marie a été écoutée », qu'elle donne « des ordres, mais que c'est au nom du Sacré-Cœur de Jésus ». Elle est d'ailleurs « la perruche du bon Dieu » et son rôle est de servir d'intermédiaire entre le Cœur de Jésus et les fidèles de sa paroisse. Comme on ne répond pas à ces lettres, les idées de persécution s'affirment plus nettement chez elle. Le curé de S... est un « mauvais prêtre », un « vrai suppôt de l'enfer ». Le but de cette persécution est bien clair : le démon sent que F... veut sauver des âmes et les amener à Jésus-Christ, et comme il s'est laissé vaincre par la première Marguerite-Marie, il essaie de résister à la seconde ». Car F... « comme l'ange de l'Annonciation » est la « messagère du Sacré-Cœur », et le démon s'attaque à elle parce que la dévotion qu'il déteste le plus est justement la dévotion favorite de notre malade.

Mais F... se sent soutenue par la puissance divine. D'ailleurs Marguerite-Marie n'a-t-elle pas été persécutée dans son couvent, et ne l'a-t-on pas crue folle? F... a maintenant ses épreuves et ses tentations comme son modèle, mais ses épreuves sont plus fortes et plus terribles. La Visitandine n'avait à lutter que dans le cadre restreint de son couvent; F... prévoit qu'elle aura à lutter contre « tout le monde ». Forte de sa confiance en Dieu, elle se prépare à combattre la puissance des ténèbres et ses suppôts.

Pendant longtemps, en effet, F... poursuit de ses supplications le curé de S..., les vicaires, et tous les prêtres ou religieux de sa connaissance. Elle écrit même à l'archevêque et à son secrétaire. N'en recevant jamais de réponse, elle va les voir; on refuse de l'écouter. De plus en plus elle insiste et commence cette fois à menacer les mauvais prêtres de la colère divine. Les menaces n'ont pas plus d'effet que les prières. Alors, de guerre lasse, excitée par cette « persécution diabolique », elle se rend le jeudi saint à l'église de S... et crie pendant l'office : « Malheur aux traîtres! Malheur aux traîtres! Dieu les châtiera! »

Cet esclandre nécessita son internement. A l'asile, elle est dans « un vestibule de l'enfer », au milieu de « femmes de mauvaise vie ». C'est la persécution qui continue, et cette persécution revêt la forme d'un véritable martyre. Ce sont les « traîtres et les mauvais prêtres » qui paient le directeur de l'asile, les médecins et les infirmières. La « ligue diabolique » comprend un nombre de personnes toujours croissant. Mais, malgré tout ce qu'elle endure, F... espère réussir.

Elle sortira de cet enfer et « sauvera la France en la faisant revenir au culte du Sacré-Cœur ». La seconde Marguerite-

Marie, après avoir souffert longtemps, parachèvera l'œuvre de son modèle.

Telle est, aussi succinctement résumée que possible, l'histoire de notre malade. Il est aisé de voir le rôle qu'a joué chez elle l'imitation. Nous avons vu que la vie psychique de F... se développe d'abord normalement, sans originalité aucune, jusqu'à la lecture qu'elle fait d'une vie de Marguerite-Marie. Dès ce moment, l'orientation de sa vie est transformée ; F... va s'efforcer d'imiter le plus étroitement possible son modèle. Il est facile de voir en quoi cette imitation sera morbide. N'oublions pas que F... présente des symptômes dégénératifs, et que son impressionnabilité est extrême.

En lisant la vie de Marguerite-Marie, F... a *vu* la Sainte et l'a vue *semblable à elle-même.* Aucune objection ne se présente à l'esprit de notre malade sur cette assimilation aventureuse, et si même elle avait pu surgir dans son esprit, elle n'aurait pu la convaincre. Car ce n'est pas l'intelligence et l'analyse qui dominent chez elle ; les fonctions de généralisation et d'abstraction sont pour F... réduites au minimum. Au contraire, le flux des images a une intensité et une puissance extraordinaires.

Nous avons pu nous rendre compte de cet état en essayant de la faire discuter sur des problèmes, qui pourtant l'intéressent au premier chef : Dieu, l'Enfer, le Paradis.

Mais les discussions théologiques ne sont pas son fait et les abstractions n'ont aucun attrait pour elle. Elle concrétise, elle *matérialise* les idées dans des images visuelles toujours très nettes et très intenses. Et ce processus mental nous explique comment elle a pu croire qu'elle était appelée à jouer à nouveau le rôle, que Marguerite-Marie avait rempli dans l'histoire religieuse.

Avec une telle intensité d'images mentales, on voit aisément que la lecture de la vie de Marguerite-Marie a joué un rôle décisif dans l'évolution psychique de F... L'émotion intense provoquée par cette lecture a produit chez elle une polarisation psychique d'un caractère net et défini. Après ce choc mental, toute la vie intérieure

de notre malade tend à se grouper, à se systématiser autour de l'image obsédante en quelque sorte, que la lecture vient de susciter en elle.

A l'état normal, il arrive souvent que le récit plus ou moins littéraire de certains événements provoque une polarisation de ce genre. Nous avons été fortement émus, et, même quelque temps après notre lecture, nous songeons encore à ce que nous avons lu ; nous vibrons à l'unisson, si l'on veut bien nous permettre une comparaison.

Notre mentalité actuelle s'organise autour de l'image affective ; mais cette polarisation n'est que partielle et momentanée. Au contraire, à l'état pathologique, cette organisation, cette systématisation psychique sera totale et constante. L'ébranlement a été tellement intense et profond que la vie entière s'en ressentira. Bien souvent les crises dites de vocation religieuse sont de ce genre.

Ce qui leur manque, c'est de subsister, de rester vivaces au milieu des idées et des émotions adverses qui les assaillent. Ce n'est que lorsque l'émotion produite par les images affectives a été très vive, que se forme ce nouveau centre mental, ce plan essentiel et nouveau dans lequel vont s'encadrer et se mouler tous les états de conscience.

Or, il semble bien que tel a été le mécanisme pathologique qui a présidé à l'évolution du délire de notre malade. Une image d'une intensité anormale et obsédante, l'image de Marguerite Marie, s'introduit dans la conscience de F..., s'y implante et s'y enracine en raison de sa netteté et de son intensité, et change peu à peu la forme, la couleur des idées de notre sujet. Dès lors, F... éprouve le besoin, pour unifier sa vie psychique et la faire concordante avec cette image, de tout rattacher dans sa vie à un système dont cette représentation, avec ses caractères saillants d'intensité représentative presque hallucinatoire et d'émotivité, sera le centre et la clef de voûte. Un délire par imitation s'est constitué.

Le genre d'imitation pathologique que nous avons essayé de décrire se différencie nettement de la contagion mentale ou folie communiquée.

1° La contagion délirante n'est possible que lorsque il y a *cohabitation*, lorsque les deux malades vivent perpétuellement ensemble.—Dans les cas d'imitation que nous venons de rapporter, il n'y a pas en quelque sorte d'influence directe du modèle. Le sujet n'accepte pas son délire tout fait, il se crée un *idéal*, un *modèle* qu'il extériorise et qui dès lors agit sur lui.

2° M. Arnaud parlant de la contagion mentale a dit que le créateur du délire « imposait son délire » à son imitateur. — Il ne s'agit pas, dans notre cas, d'une sorte de mainmise sur la personnalité du sujet. Loin d'être suggestible et passif, comme dans la contagion mentale, il se crée à lui-même sa forme délirante, qu'il construit à l'aide de raisonnements par analogie plus ou moins cohérents. Il y a chez F..., une énergie psychique qui la soutient et fait son originalité. Elle ne *répète* pas Marguerite Marie, — comme le sujet B... dans la folie communiquée répète le sujet A..., — elle l'imagine d'abord, et s'efforce volontairement et consciemment de l'imiter. Nous croyons avoir montré que cette imitation est une *transformation* ; F..., loin de reproduire servilement son modèle, crée en un certain sens, et sa création est pathologique.

3° L'aboutissant de la contagion mentale est un délire accepté à cause de la faiblesse et de l'inertie psychiques du malade. — Le résultat de l'imitation est une systématisation délirante originale, puisqu'elle procède de l'activité même du sujet. — Dans la contagion mentale, l'aliéné pèche par manque de conceptions et de représentations ; sa conscience est vide en quelque sorte, et toute conception délirante un peu riche et tenace s'imposera à elle. — Dans notre cas, c'est au contraire l'exubérance des images qui soutient le délire. Avoir une image affective particulièrement intense, l'extérioriser, en faire son idéal et son modèle, et ramener consciemment par analogie tous ses états de conscience autour de cette image, c'est là une organisation mentale qui n'a rien de tout fait et qui exige pour s'accomplir aussi bien une intensité particulière des images, pivot du délire, qu'une puissance de systématisation par analogie qui résiste aux évidences logiques.

Si, dans la folie communiquée, l'aliéné imitateur vit

dans une atmosphère délirante, ce n'est pas lui du moins qui a créé cette atmosphère ; il n'a pas opposé de résistance, et cela explique bien comment le délire du premier malade a pu entrer en lui, lui enlever tout cachet, toute originalité, et, si l'on peut dire, le *dépersonnaliser*. — Chez F..., il en est tout autrement. L'effort volontaire et le souci de cohérence intérieure sont visibles chez elle. Ce qui lui a manqué, ce n'est ni l'intensité ni la rapidité des réactions ; bien au contraire. Elle n'a pu *analyser* la conception primitive qu'elle s'est faite de Marguerite Marie. Cette image fausse et inexacte s'est imposée à elle, précisément à cause de son coefficient émotif. Elle est partie de là, comme d'un fait évident, comme d'un postulat, et, raisonnant par analogie, a essayé de rapporter tout dans sa vie mentale à cette donnée psychologique irréductible. Rappelons ici qu'elle n'a *jamais douté* de l'analogie entre elle et Marguerite Marie. Tous ses efforts intellectuels ont consisté non à s'expliquer et à critiquer ce fait, mais à coordonner et à organiser autour de lui un système délirant. Aussi, nous semble-t-il qu'il y avait lieu de faire dans l'étude de la systématisation de ce délire, une place à ce mode de construction délirante par *imitation*, qui consiste essentiellement à organiser, autour d'une image douée d'un coefficient émotif intense, un délire soutenu systématiquement grâce à un raisonnement par analogie, mais dont l'émotion primordiale reste le centre et l'explication.

Trois cas de fragilité des os chez des aliénés.

par MM. les Drs MARIE et VIOLLET.

Toutes les affections du système nerveux central, cérébral ou spinal peuvent s'accompagner d'altérations de structure des os.

Les arthropathies diverses, troubles trophiques variés, déformation, hyperostoses, ostéophites et atrophies osseuses peuvent s'observer.

Sehaw a rapporté dans les *Archives médicales de New-York*, en 1883, trois observations de troubles ostéotrophiques parmi lesquelles un cas d'hypertrophie par

prolifération osseuse de la hanche chez un paralytique général. Depuis, Briscœ, en 1898 (*British medical Journal*), a étudié les dystrophies osseuses chez des aliénés.

Nous avons nous-mêmes observé, à Villejuif, un paralytique général porteur d'une arthropathie double des genoux. Il s'agit d'un camionneur de trente-quatre ans, sans antécédents héréditaires et sans autre antécédent personnel certain qu'un violent traumatisme cranien six ans avant le début de sa paralysie générale (à forme démentielle), il présentait aux genoux une arthropathie ayant tout à fait l'aspect de l'artropathie tabétique.

Outre la fréquence de ces lésions articulaires à forme spéciale qu'il présente, le tabes est une des affections du système nerveux qui prédispose le plus aux fractures pathologiques. Dans ces dernières années, ces cas de fractures ont été signalées à la période *prétabétique*. Fournier, dans ses cliniques, en cite un cas; Touche en 1899, en rapporte un deuxième; à Bordeaux, M. le Dr Hassler, en 1900, en a rapporté un cas et depuis M. Régis et ses élèves ont attiré à plusieurs reprises l'attention sur ce sujet.

De nombreuses similitudes étiologiques et cliniques ont plusieurs fois fait rapprocher le tabes et la paralysie générale. Des symptômes des deux maladies s'observent en commun dans certains cas; quelques auteurs pensent y voir une association des deux affections tabétique et paralytique; d'autres auteurs les décrivent comme une forme clinique particulière de la paralysie générale. Ils ont établi un parallélisme entre ces cas et ceux dans lesquels la fracture s'est produite assez longtemps avant toute manifestation de la paralysie générale à forme tabétique et même en dehors de tous symptômes tabétiques.

Les atrophies musculaires progressives seules ou associées aux affections cérébrales, paralysies générales en particulier, sont susceptibles des mêmes observations. Les centres trophiques musculaires ne sauraient être très distants des centres trophiques osseux; Capitan a cherché à en démontrer l'existence et les localisations dans sa thèse, ainsi que M. le professeur Joffroy.

Les syringomyélies ou les scléroses en plaques purement spinales ou associées aux scléroses cérébrales sont,

comme les scléroses diffuses plus ou moins systématisées, susceptibles de réaliser des combinaisons analogues aux précédentes, où s'observent les dystrophies osseuses.

Les arrêts de développement des centres nerveux peuvent de même se traduire par des dystrophies squelettiques dans divers sens, hyperostoses diverses depuis le gigantisme par hyperactivité juxta-épiphysaire, le nanisme par achondroplasie générale ou localisée à tel membre, à tel segment de membre avec ou sans atrophies autres des diaphyses et des tissus divers (muscles etc.). Comme les lésions congénitales en quelque sorte préalables à l'évolution des centres trophiques osseux, les lésions finales séniles et autres dues à la regression organique atteignant les mêmes centres nerveux et les fonctions qui en dépendent, peuvent entraîner des dystrophies osseuses. On connaît celles des séniles. Les fractures spontanées du col du fémur, chez les déments alités, sont fréquentes. Les atrophies osseuses des hémiplégiques ou paraplégiques ont été décrites; nous en avons observé nous-mêmes quelques cas chez des aliénés épileptiques ou paralytiques.

En ce qui concerne l'épilepsie, tous les observateurs ont signalé la fréquence des fractures au cours des crises.

C'est ainsi que Féré les signale, page 429, dans son travail sur les épilepsies: « Lorsque, dit-il, j'étais « chargé du service des autopsies à la clinique de la « Salpêtrière, j'ai eu occasion de faire l'examen cada- « vérique d'un bon nombre de vieilles épileptiques, et « j'ai trouvé plusieurs fractures de la clavicule, de l'hu- « mérus, des os de l'avant-bras; les fractures du « membre inférieur paraissent plus rares. J'ai observé « une fois une fracture du crâne qui était restée igno- « rée pendant la vie de la malade. En général, les « fractures guérissent bien chez ces épileptiques, qui « non seulement ne sont pas sujets aux contractures, « comme les hystériques, mais semblent même souvent « jouir d'une analgésie très marquée; c'est un fait qui « avait déjà été noté par MM. Terrier et Luc. »

Les fractures dans les cas d'épilepsie peuvent être attribuées soit aux chutes, soit à des secousses musculaires brusques et violentes en certaines attitudes où

les surfaces d'insertions musculaires se trouvent arrachées par contre-coup, ou bien le corps de l'os brisé à plus ou moins grande distance des insertions des muscles convulsés.

Nous pensons qu'un autre élément étiologique pourrait intervenir aussi, sans exclure le précédent. Ce serait, par analogie avec les cas similaires observés dans les démences séniles ou paralytiques, un certain degré de fragilité osseuse préalable, établissant un *locus minoris resistentiæ* des leviers du squelette ; dans la première de nos observations cette hypothèse est soutenable, d'autant plus que le malade, atteint d'infantilisme, ne marche pas et a une musculature des plus faibles.

Peut-être certaines lésions trophiques osseuses sont-elles en rapport avec les lésions génératrices de l'épilepsie même ; à ce point de vue, un nombre suffisant d'observations d'épileptiques à fractures spontanées permettrait-il d'éclairer ce problème de la localisation du centre trophique des os, à moins qu'il ne s'agisse là d'un trouble général de nutrition en rapport avec des troubles hématopoïétiques à autointoxication épileptogène.

N'y aurait-il pas une ou des épilepsies à part, caractérisées par des dystrophies osseuses et autres ?

L'un de nos épileptiques a eu plusieurs fractures, au cours de crises, sur des os différents et l'une d'elles par arrachement sur le tibia, étant au lit et dans l'immobilisation par une fracture antérieure analogue.

Les fractures des paralytiques généraux sont souvent relatées par les auteurs ; mais elles ont tantôt attribuées à des brutalités inavouées du personnel ou à la maladresse pathologique des paralytiques généraux.

Dans sa thèse (Paris, 1880, agrégation), Arnozan cite cependant plusieurs observations de fractures de paralytiques généraux et constate leur friabilité osseuse exceptionnelle ; histologiquement il signale la dilatation irrégulière des canaux de Havers, qu'il trouve remplis de sucs huileux riches en cellules multinucléées, en globules rougeâtres et graisseux. Chimiquement, Arnozan note aussi une diminution appréciable des matières organiques, surtout le phosphate; c'est donc à l'appau-

vrissement phosphatique des os, qu'il attribue leur friabilité.

Après lui, il faut signaler une observation de Simon : Paralytique général dément, fracture du radius par chute insignifiante, *rapidité* insolite de consolidation.

Une observation de Bonnet : Paralytique général, chute de sa hauteur, fracture comminutive du fémur.

Une observation d'Ozenne indique une fracture de cuisse analogue.

Biaute rapporte, en 1876, un cas de fracture de l'humérus dans une chute ordinaire sur l'épaule, chez un paralytique. (*Ann. méd. psych.*, novembre 1876.)

M. Vallon, en 1882, dans sa thèse, cite une observation de paralytique général, p. 41, recueillie par Régis, où un saut d'une fenêtre peu élevée entraîna la luxation de l'astragale avec écrasement du 1er cunéiforme.

Une autre observation (n° XXIII) se rapproche de celle de Biaute, et a trait à une fracture de l'humérus.

Un fait certain, dit Vallon, et que nous avons été à même de constater bien des fois en faisant des autopsies, c'est que les os chez les paralytiques généraux sont très friables. Chez eux, on coupe les côtes avec la plus grande facilité à l'aide du sécateur et on peut souvent, à l'aide du même instrument, sectionner les clavicules sans qu'il soit pour cela nécessaire de développer une grande force.

Dans une autopsie d'Arnozan, on a pu compter chez un sujet les traces de huit fractures. De pareils cas suffiraient à démontrer qu'il existe une altération profonde des tissus osseux ; un examen plus attentif fait en outre constater que les déformations du squelette, peuvent précéder ces fractures ou coexistent avec elles. Comme elles, c'est surtout sur la cage thoracique qu'on les constate ; mais on a signalé aussi des déformations du bassin, des déviations du rachis, des incurvations des membres ; parfois les lésions sont plus avancées et les vertèbres s'affaissent les unes sur les autres en déterminant une gibbosité comme le mal de Pott.

Des recherches que j'ai faites, disait aussi Foville dès 1880, dans les journaux anglais et que j'ai pu contrôler dans nos autopsies de paralytiques faites à Charenton, il résulte pour moi que le tissu osseux en géné-

ral subit chez les paralytiques une sorte d'altération qui les rend plus friables, la simple pression du doigt suffit souvent à briser les côtes sur le cadavre.

Il est vrai que ces faits ne s'observent pas chez tous les paralytiques, mais surtout chez ceux qui présentent les troubles trophiques (*Ann. méd. psych.* novembre 1880, p. 444.)

Davey, cité par Christian, avait publié en 1842 l'observation d'un aliéné ayant eu six fractures spontanées des os longs (fémurs, clavicules, humérus gauche, radius droit). Il en conclut que l'ostéomalacie peut compliquer la folie et plus spécialement la folie paralytique.

Verneuil (*Société de Chirurgie* 11 octobre 1875) signale un cas d'ostéomalacie chez un paralytique général de cinquante ans. Virchow et Litzmann admettent une forme particulière d'ostéomalacies dépendants des affections nerveuses. Lehr a signalé également la fragilité des os chez les aliénés (*Algemen. Zeitchrift f. Psychiat.*, t. 37 p. 72). Gudden, Schüle et Mendel, se fondant sur des recherches nécropsiques faites sur les aliénés, relèvent la fréquence des fractures dans la folie et la paralysie générale.

Depuis, Régis, Lalanne et leurs élèves, ont publié plusieurs nouveaux cas curieux dont nous rappellerons succintement les principaux :

Une observation de Régis (un cas de dystrophie et de chute spontanée des ongles dans la paralysie générale), est celle d'un paralytique de quarante-cinq ans, syphilitique depuis l'âge de trente-neuf ans, qui se fractura le col chirurgical de l'humérus gauche à la suite d'un traumatisme léger. Guérison radicale, sans cal vicieux ni déformations, en trois semaines.

Régis a cité l'observation suivante à la *Société de médecine de Bordeaux*, avec la radiographie de la fracture.

Paralysie générale juvénile. Hérédo-syphilis ; au cours d'un exercice militaire, fracture du tiers supérieur du fémur gauche. Guérison parfaite et rapide.

Lalanne cite trois cas analogues dont il a également opéré les radiographies.

Les radiographies que nous présentons correspondent bien à une fracture du tiers inférieur du fémur droit

chez un idiot épileptique atteint d'infantilisme ; alité avec une musculature atrophiée ce malade s'est fait au lit sans choc une fracture en cours de crise par action musculaire combinée à une fragilité probable de l'os.

Pas d'anomalie des organes génitaux, pas de signes positifs d'hérédo-syphilis autres que l'infantilisme. Père absinthique, mort tuberculeux, oncle épileptique. La fracture s'est compliquée de plaie par saillie de l'os sous la peau ; malgré une suppuration grave due au gâtisme et à l'agitation, la guérison est survenue.

La deuxième radiographie concerne un épileptique simple, bien constitué, comitial dès l'enfance comme le précédent ; père nerveux aurait des attaques, remarié a eu 4 enfants dont le malade, une fillette morte de méningite au premier âge et un mort né.

Fracture bimalléolaire complète au pied droit, par action musculaire en jouant (saut de côté); immobilisé au lit, s'est fait en cours de crise une fracture sans choc de l'extrémité supérieure du tibia droit au lit.

Organes génitaux normaux, corps thyroïde gros, tendance à l'adipose, pas de signe de syphilis héréditaire ou acquise.

La troisième radiographie concerne un paralytique qui a eu dès le bas âge une fragilité caractéristique ayant entraîné neuf fractures des principaux os sans causes extérieures notables le plus souvent.

Cependant il a eu un accident de voiture comme cocher avec déformation thoraco-vertébrale consécutive.

La jambe gauche fracturée en dernier lieu se consolida mal et dut motiver la ligature métallique que la radiographie a décelée dans le membre déformé ; malgré cela, l'incurvation à 45 degrés du tibia et du péroné s'est produite et le malade, mort de paralysie générale confirmée sans tabes, a pu être autopsié. Nous apportons la pièce osseuse correspondante à la radiographie ; on peut voir sur la coupe l'appauvrissement de la substance minérale et la cavité médullaire agrandie gorgée de graisse rouge empiétant sur le système de Havers, comme le montre le microscope ; l'hérédo-syphilis ici est probable, si l'on en juge par la triade d'Hutchinson observée sur le malade.

Ici il y a non seulement fragilité du squelette, mais

difficulté de consolidation et véritable rachitisme constaté bien avant tout phénomène de la paralysie générale finale et dès le bas âge.

Swiédor avait le premier parlé de la fragilité des os dans la syphilis et des retards de consolidations fracturaires.

On sait que dans ces cas, le traitement mercuriel sert de pierre de touche pour l'étiologie spécifique du phénomène en l'enrayant.

Dans la paralysie générale, on a vu l'étiologie spécifique fréquente, ou à son défaut l'hérédo-syphilis chez les malades atteints de fragilité osseuse.

Sans traitements spécifique cependant, les consolidations intervinrent, il semblerait même que la résorption des éléments osseux, cause de fragilité par raréfaction du tissu, n'aient d'égale que la rapidité de réparation due à une activité des échanges qui pourrait expliquer l'un et l'autre phénomène ; car réparation facile n'exclut pas la fragilité quand même. Si l'on admet l'hypothèse de Metchnikhoff d'une résorption phagocytique d'ordre toxi infectieuse, on peut admettre l'exagération réflexe des actions trophiques après la fracture, déplaçant les éléments minéraux et les fixant au niveau du foyer, avec d'autant plus de facilité et de promptitude qu'il y règne déjà un travail de déplacements et d'échanges insolites.

Parrot a décrit quatre modes d'altérations osseuses chez les syphilitiques, qui pourraient s'appliquer à certains paralytiques généraux spécifiques :

1° Les productions ostéophytiques denses sous-périostées, par le développement anormal d'un tissu chondrocellulaire ;

2° L'ostéite raréfiante par ramollissement gélatineux;

3° L'envahissement des tissus médullaire, néocellulaire empiétant sur les canaux de Havers ;

4° La dégénérescence spongioïde sous périostée ou pseudo-rachitisme.

Chez les paralytiques généraux, l'analyse chimique a démontré une diminution considérable des matières inorganiques, qui porte surtout sur les phosphates, et les a réduits au chiffre de 11,75 °/₀₀ dans une observation de Moore.

Sur les coupes osseuses chez le paralytique général, on voit, dit Vallon, parfaitement que le tissu est raréfié et gorgé d'un suc graisseux rougeâtre ou brunâtre.

Il y a vasoparalysie trophique des os, selon Klippel, hyperémie osseuse, déminéralisations de l'os, hyperfonction de la moelle osseuse ; de là, rapidité du cal et hyperproduction d'hématies nucléées (communications de Klippel et Lefas à la Société de Biologie).

Dans la substance médullaire et compacte, dit Biaute, il existe une altération se traduisant par prolifération du tissu adipeux et des gouttelettes du même genre suintant de toutes parts. Ce tissu compact dans certains points, est aminci outre mesure, et comparé à celui des mêmes os, d'un autre sujet, il présente des différences considérables. Enfin, dans toutes les parties constituantes, les os ont l'aspect de ceux qui sont atteints d'ostéite, mais sans augmentation de vascularité. Cependant le travail morbide n'est pas de même nature, et dans ce cas, il n'y a ni inflammation, ni suppuration, mais simplement un travail lent de destruction sans pouvoir réparateur et formation d'éléments nécrobiotiques, dénutrition progressive se reliant intimement aux troubles centraux vaso-moteurs ; la désassimilation l'emporte (Bonnet et Poincaré).

Astre attribue la grande tendance aux fractures chez les paralytiques généraux à l'élimination des éléments terreux.

Nous avons fait l'examen microscopique des deux os de la jambe fracturée, chez le paralytique général dont nous rapportons l'observation.

Nous avons constaté un élargissement du système de Havers. Ces canaux présentent une lumière plus grande que normalement, en outre ils sont irréguliers. Ils sont bourrés de cellules rondes dont quelques-unes présentent plusieurs noyaux et sont vraisemblablement des phagocytes.

Dans certains cas, l'hypothèse d'une dystrophie d'origine cérébrale peut être remplacée par celle d'une lésion inflammatoire locale par suite de gomme osseuse.

Ce cas a été signalé dans la paralysie générale, l'un de nous a publié un cas de gomme du tibia chez un paralytique général alité, qui guérit sans fracture par

traitement mercuriel approprié. Peut-être ces cas très différents des premiers en diffèrent-ils aussi au point de vue de la facilité de consolidation.

On peut rapprocher de ces lésions gommeuses, certaines lésions d'ostéites tuberculeuses, d'ostéomyélites et d'ostéites traumatiques, ainsi que certains cas de tumeurs des os (kystes, sarcomes, etc.), qui peuvent provoquer la fragilité de telle ou telle partie du squelette en dehors de toute action neurotrophique.

Mais en dehors de ces cas, un véritable état constitutionnel général d'*ostéomalacia fragilis* peut coïncider avec les folies en général et la paralysie générale en particulier. N'y a-t-il entre l'un et l'autre qu'un effet du hasard et de coexistence fortuite?

Moreau (de Tours) a spécialement développé et soutenu cette idée que les aliénés, idiots, scrofuleux et rachitiques, en vertu de leur commune origine et de certains caractères physiques et moraux, doivent être considérés comme enfants d'une même famille.

Une forme nerveuse de l'ostéomalacie a été récemment signalée par Paviot (1); les douleurs rachidiennes y semblent précéder tous symptômes. Elles précèdent le tassement et le rapetissement qui semble surtout se produire chez les malades qui ne souffrent pas assez pour cesser de marcher. On doit ajouter la concomitance de phénomènes nerveux faisant croire à une affectation médullaire.

On connaît dans la science des observations bien établies de fragilité osseuse en quelque sorte familiale, tel le cas d'Ekmœns où trois générations présentèrent ce phénomène; les cas de Goddart en 1845 (Philadelphie, *Traité de Chirurgie* de Grilson) et d'Armand de Wortheim en 1831, relatent des familles ou plusieurs enfants et leurs parents avaient des fractures multiples nombreuses (jusqu'à neuf et quatorze pour un seul enfant); mais ces observations sont muettes en ce qui concerne l'état nerveux et mental.

M. Christian, considérant qu'il n'y a que coexistence

(1) Diagnostic de l'ostéomalacie à la phase « Ostéomalacia fragilis », par M. Paviot. (*Soc. méd. des hôp., de Lyon*, 3 octobre 1902.)

sans rapport de cause à effet, ne voit dans les faits de fractures multiples chez l'aliéné paralytique qu'un phénomène purement accidentel.

Il faut convenir que ces faits sont relativement rares, mais il ne faudrait pas inférer à l'impossibilité d'un rapport de causalité entre ces fractures et certains éléments considérés à bon droit comme étroitement liés à la paralysie générale ; je veux parler de la syphilis et de l'hérédo-syphilis.

Nous croyons donc qu'on peut conclure de l'examen de ces faits que :

La fragilité des os peut s'observer chez les aliénés comme le rachitisme.

Elle peut se manifester à l'occasion d'actions musculaires ou de chocs minimes occasionnels.

Des fractures par action musculaire, combinée avec la fragilité des os, peuvent s'observer dans certains cas d'épilepsie avec ou sans idiotie.

Dans ces cas, les fractures peuvent se produire au lit, au cours des crises convulsives, sans choc; elles peuvent siéger sur les os des membres inférieurs (tibia, fémur).

Dans la paralysie générale, des fractures spontanées peuvent s'observer de même : l'examen des os montre parfois une altération dystrophique générale qui les explique.

Ces diverses fractures guérissent bien, le plus souvent. La radiographie peut aider à leur étude.

Leurs causes restent à préciser, elles peuvent relever d'altérations locales, du squelette, des centres trophiques généraux ou spéciaux (cas de Régis) ou bien de dystrophies générales diathésiques.

DISCUSSION

M. Christian ne s'étonne pas de voir survenir des fractures dites spontanées au cours des attaques épileptiques ; des fractures par action musculaire très vive s'observent même assez souvent chez des individus normaux, et M. Christian signale le cas d'un enfant bien portant qui se fractura l'humérus en lançant une balle.

En ce qui concerne les paralytiques généraux, M. Christian déclare qu'après vingt-cinq ans de pratique

à la maison de Charenton, où les paralytiques généraux sont toujours au nombre de 70 à 80, il ne lui est pas possible de citer un seul cas de fracture spontanée ; pourtant ces malades sont souvent turbulents, agités, se frappent, font des chutes fréquentes. M. Christian ne croit donc pas à une fragilité spéciale des os chez les paralytiques généraux, d'autant que ses recherches, faites avec M. Mabille, ne lui montrèrent aucune altération du système osseux chez de nombreux paralytiques morts à l'asile de Maréville.

M. Marie objecte qu'un de ses malades était un épileptique infantile, c'est-à-dire presque entièrement dépourvu de muscles ; il y a donc lieu de faire intervenir dans ce cas un élément dystrophique osseux. Quant aux fractures spontanées des paralytiques généraux, elles ont été observées par un certain nombre d'auteurs, par M. Régis entre autres, qui en a rapporté d'intéressants exemples.

M. Brunet. — Je n'ai jamais observé de fractures spontanées chez des paralytiques généraux simples, mais seulement des fractures traumatiques banales. Les premières ne me paraissent guère possibles que chez les paralytiques atteints en même temps de tabes.

M. Arnaud pense aussi que les fractures ne sont pas d'une fréquence plus grande chez les paralytiques généraux que chez d'autres sujets, malgré la turbulence habituelle de ces malades.

La séance est levée à six heures.

Blin et Dupain.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Rivista di patologia nervosa e mentale

ANNÉE 1899.

I. — *Influence de l'insomnie expérimentale sur les échanges organiques*; par Giulio Taroszi (numéro de janvier). — C'est une contribution à la physiologie du sommeil. Il s'est agi de priver des animaux de sommeil et de noter les variations que subissent les éléments de l'urine, les globules rouges et blancs du sang, la température du corps, le pouls et la respiration.

L'insomnie ne peut être prolongée au delà du 5ᵉ jour. Après quoi, la sensibilité d'émotion et les excitations sont impuissantes à combattre le sommeil.

L'auteur a soigneusement placé ses animaux d'expérience (4 chiens) en état d'équilibre physiologique. A une ration alimentaire déterminée correspondaient des éliminations fixes. Scrupuleusement, il a noté toutes les 2 heures, pendant l'insomnie, les variations de la température. Les globules rouges et blancs ont été comptés à l'aide du compte globules de Thoma-Zeiss. Les matières fécales, les urines, ont été exactement recueillies et analysées. L'azote total a été mesuré par la méthode Rieldahl.

De ces recherches conduites avec toutes les garanties désirables, il résulte que la température s'élève pendant la période d'insomnie, que la rémission matinale s'atténue, que le pouls se ralentit; que, le 2ᵉ jour d'insomnie, les leucocytes augmentent dans une proportion notable (cette constatation est à rapprocher de celle, à peu près identique, faite sur la marmotte pendant le sommeil hivernal); que l'azote total diminue constamment et sensiblement pendant l'insomnie. Cette diminution de l'azote coïncidait avec la diminution du poids et cessait avec elle. Il faut noter qu'une quantité anormale d'azote s'éliminait par les matières fécales et compensait peut-être son insuffi-

sance dans les urines ; que les variations dans l'élimination d'acide phosphorique n'obéissent pas à une règle fixe, ne suivant pas notamment les variations de l'azote (ce qui enlève aux résultats une partie de leur valeur sur ce point particulier, c'est que l'auteur n'a pas dosé l'acide phosphorique éliminé par les selles) ; que l'acide sulfurique varie à peu près comme l'azote ; que l'élimination du chlore n'est pas influencée par l'insomnie expérimentale.

Le système nerveux a été étudié par Daddi, et son travail a été analysé ici même (Voir *Annales*, 1898).

II. — *Altérations des cellules du noyau d'origine de l'hypoglosse après la section du nerf ou son arrachement* ; par G. Foà (numéro de janvier). — La blessure du prolongement cylindraxile d'une cellule nerveuse provoque la dégénérescence secondaire de cette cellule. Ce fait a été vérifié par plus d'un auteur à l'aide de la méthode de Nissl. Marinesco, en particulier, a décrit les phrases de cette altération : *réaction*, *dégénérescence*, *réparation*. Sur les conditions de la réparation les avis sont partagés. Marinesco soutient qu'elle n'est possible que par la réunion des bouts nerveux. Van Gehuchten le conteste. L'auteur a étudié le noyau de l'hypoglosse : 1° après l'arrachement du nerf ; 2° après sa section à l'origine de la branche descendante ; 3° après la section de ses filets terminaux.

Le 5e jour après l'arrachement, la chromatolyse est très avancée. Le noyau est excentrique et la cellule est déformée. Quelques éléments du groupe sont épargnés. Le 5e jour après la section du tronc de l'hypoglosse, les cellules du noyau d'origine sont remarquables par la conservation de quelques masses chromatiques à la périphérie. Elles sont moins pâles que dans le cas d'arrachement ; le noyau est moins régulièrement périphérique ; tandis que la section des branches terminales n'a déterminé le 5e jour que des altérations légères et caractérisées par une augmentation de volume, un début de chromatolyse sans migration du noyau.

La régénération des éléments commence vers le 20e jour. Elle est possible dans la réunion préalable du nerf sectionné. Elle n'est jamais complète et, toujours, quelques cellules disparaissent.

De ce travail, il faut retenir l'utilité de l'arrachement expérimental des nerfs pour l'étude de leur origine centrale. Cette méthode expérimentale, entre les mains de van Gehuchten, est

en voie de fournir des indications précieuses par l'entremise de la dégénération wallérienne rétrograde.

III. — *Lésions des éléments nerveux dans la péritonite par perforation*; par O. Barbacci (numéro de mars). — Des recherches antérieures ont donné à l'auteur la conviction que la péritonite par perforation détermine une intoxication générale de l'organisme, que cette intoxication peut se réaliser expérimentalement chez le chien. Il était intéressant de savoir si les éléments nerveux en pareil cas sont atteints, et la vérification a été faite à l'aide de la méthode de Nissl et par des colorations à l'hématoxyline Delafield.

Dans l'écorce cérébrale, un grand nombre de cellules, surtout parmi les grandes pyramidales, sont frappées de chromatolyse ordinairement diffuse. Parfois des amas chomatiques subsistent à la périphérie ou autour du noyau. Ce dernier garde sa position centrale et le nucléole demeure intact.

Dans l'écorce cérébelleuse, les cellules de Purkinje sont normales pour la plupart. Quelques-unes cependant sont pâles et pauvres en substance chromatique. Le noyau et le nucléole sont ordinairement intacts.

Dans la moelle, un petit nombre de cellules radiculaires entre en chromatolyse. Celle-ci, tantôt centrale, tantôt périphérique, existe toujours à un faible degré.

Dans les ganglions intervertébraux, quelques cellules présentent de la chromatolyse; d'autres, un état pulvérulent de la substance chromatique. Bien rarement le noyau est déplacé.

Toujours, la trame achromatique est respectée. En somme, les lésions observées sont légères et prédominent dans l'écorce cérébrale.

IV. — *Les mouvements auxiliaires chez les hémiplégiques*; par Serafino Armand (numéro de mars). — Il est possible, au dire de Ghilarducci, de vaincre la contracture des hémiplégiques et notamment, dans quelques cas, celle du membre supérieur par la supination préalable de l'avant-bras ou la rotation externe de l'humérus.

L'auteur, après avoir examiné soigneusement 20 cas d'hémiplégie, est conduit à partager cette opinion. Dans 2 de ces cas, il lui a été possible de provoquer des mouvements auxiliaires, de vaincre temporairement la contracture des doigts, l'avant-bras étant mis préalablement en supination, l'humérus en rotation externe. Dans deux autres cas, il a pu vaincre la

contracture des extenseurs du bras, celui-ci étant préalablement élevé et l'humérus placé en rotation externe.

L'auteur en conclut que la contracture des hémiplégiques dépend du défaut d'équilibre dans la tonicité des différents groupes musculaires. Les groupes les moins atteints par la lésion se contractent. Il est d'avis que les mouvements auxiliaires résultent non pas seulement d'un retour d'activité dans quelques groupes musculaires, mais aussi de l'atténuation de l'hypertonicité des fléchisseurs correspondants.

Quoi qu'il en soit, l'apparition de mouvements auxiliaires et la diminution de l'hypertonicité des fléchisseurs, font présager une disparition de la contracture.

V. — *Deux cas d'idiotie myxœdémateuse*; par le professeur E. Tanzi (numéro d'avril). — Le crétinisme et le myxœdème endémique ne s'observent pas en Italie comme dans quelques vallées des Alpes.

Les deux observations relatées sont des cas de myxœdème sporadique, dont les manifestations ne sont pas identiques à celles du myxœdème endémique. Celui-ci évolue plus lentement, suivant un processus chronique avec des allures moins graves. Celui-là s'accompagne presque toujours de nanisme, d'impotence, d'idiotie. Une seule de ses variétés est incomplète: celle que Brissaud désigne sous le nom d'infantilisme myxœdémateux. Il peut exister indépendamment de toute insuffisance mentale. Brissaud en a observé 3 cas dans une même famille.

Quoiqu'il en soit, dans les 2 cas de Tanzi, on voit s'associer la dystrophie cutanée, l'arrêt de développement du squelette, des organes sexuels, de l'intelligence. Ils sont, pour l'auteur, prétexte à quelques considérations étiologiques intéressantes.

Le myxœdème endémique résulte de la mauvaise qualité de l'eau d'alimentation. Le fait que Lustig a donné le goître à un cheval venu de Dalmatie et abreuvé exclusivement avec l'eau de l'Aoste, à des chiens placés dans les mêmes conditions, le fait que le myxœdème endémique ne se manifeste chez l'enfant qu'après la période d'allaitement, sont pour Tanzi, des preuves suffisantes.

Le myxœdème sporadique s'annonce déjà pendant l'allaitement. L'atrophie thyroïdienne précède la naissance. C'est pourquoi elle se traduit par des symptômes plus graves, plus généraux.

Tanzi ne se demande pas quelle peut être la cause de cette atrophie congénitale du corps thyroïde. Elle est évidemment

une manifestation de dégénérescence, comme l'est aussi l'aptitude du corps thyroïde à s'hypertrophier sous l'influence d'une eau mauvaise.

VI. — ***Lésions cellulaires de la moelle consécutivement à la ligature de l'aorte abdominale***; par R. Righetti (numéro d'avril). — C'est un travail de contrôle et de mise au point complété par des faits nouveaux.

Divers auteurs avant Righetti se sont préoccupés de savoir ce que deviennent les cellules de la moelle après la ligature d l'aorte abdominale.

A l'aide de la méthode de Nissl, Münser et Wiener, Sarbo, uliusburger, Marinesco, Ballet et Dutil, Rothmann, ont fait des constatations qui toutes reconnaissent la précocité des lésions, la fréquence de la chromatolyse périphérique ou centrale, l'homogénéisation des grains chromatiques.

L'accord est moins parfait en ce qui concerne les altérations du cytoplasme et du noyau.

Au surplus, l'expérimentation sur ce point a manqué de méthode.

L'auteur a classé ses expériences. Il a examiné tour à tour la moelle d'animaux dont l'aorte avait été liée pendant une heure ou l'était demeurée en permanence, d'animaux dont la circulation aortique avait été interrompue seulement pendant une demi-heure.

Technique : fixation au sublimé ou au liquide de Carnoy; coloration à la thionine et à l'hématoxyline Delafield.

a) ***Effets de la compression de l'aorte pendant une heure.*** — Un lapin sacrifié 6 heures après le rétablissement de la circulation montre, dans ses cellules, des blocs chromatiques formés par la réunion de plusieurs grains. Le cytoplasme est incolore, le noyau et le nucléole sont intacts.

Un deuxième lapin sacrifié dans les mêmes conditions montre de la chromatolyse plus diffuse.

Après 12 heures, la chromatolyse est très diffuse.

Après 24 heures, il y a une diminution numérique des cellules et celles des cornes antérieures sont toutes gravement atteintes.

Après 48 heures, les cellules ont presque totalement disparu.

Après trois jours, il n'y en a plus trace.

b) ***Effets de la ligature permanente.*** — Ce qui frappe d'abord c'est l'apparition tardive des lésions. Dans la moelle de lapins

sacrifiés 3, 6, 12, 24 heures après l'opération, les cellules sont normales. Les premières lésions apparaissent après la 36ᵉ heure. Elles consistent dans une rétraction des éléments qui prennent mieux la couleur. Après 48 heures, la substance chromatique se fait rare.

Au surplus, les lésions résultant de la ligature permanente de l'aorte sont comparables aux lésions cadavériques décrites par Neppi, Barbacci et Campacci, Giulio Levi. A mesure que les éléments nerveux se nécrosent, on voit la névroglie entrer en activité.

c) *Effets de la compression de l'aorte pendant une demi-heure*. — Dans la moelle des animaux sacrifiés 12 heures après le rétablissement de la circulation, les lésions sont identiques à celles notées dans la première série. Après 24 heures un grand nombre de cellules ont retrouvé leur aspect normal.

En résumé, la compression temporaire de l'aorte abdominale détermine dans les cellules de la moelle des lésions précoces et importantes. Le rétablissement de la circulation n'est pas étranger à leur production rapide.

La ligature permanente donne lieu à des lésions plus tardives qui se caractérisent par la rétraction progressive de la cellule sans chromatolyse vraie.

VII. — *Sur un cas de tumeur maligne du corps pituitaire*; par C. Agostini (numéro d'avril). — Un sujet de cinquante-six ans est interné dans un asile pour un délire de persécution. Il a des tares héréditaires, de l'insuffisance mentale et divers stigmates physiques de dégénérescence, notamment une atrophie des organes génitaux. Son délire s'accompagne d'hallucinations olfactives et visuelles, de céphalée très pénible. La mort survient après des symptômes de cachexie aiguë.

A l'autopsie : tumeur du corps pituitaire reconnue au microscope pour être du fibro-sarcome mélanique.

L'auteur fait d'abord remarquer qu'il n'y avait pas chez ce sujet de l'acromégalie. Il met ensuite en regard la théorie de Marie et de l'école française, attribuant l'excès de développement osseux à la suppression de la fonction du corps pituitaire, et celle de Tamburini qui l'explique par l'hypertrophie et la perversion fonctionnelle du même organe.

Suivant Tamburini, il y aurait une première phase hypertrophique avec de l'hypersécrétion glandulaire qui expliquerait l'hyperplasie osseuse, puis une deuxième phase caractérisée par la dégénération sarcomateuse de la glande. Ce qui revient à dire

qu'il y aurait d'abord de l'hyperpituitarisme, puis du dyspituitarisme.

L'auteur considère l'observation publiée comme un argument en faveur de la théorie de Tamburini.

VIII. — *Rapports de la cérébroplégie infantile avec l'idiotie*; par E. Tanzi (numéro de mai). — Les cérébroplégies infantiles s'accompagnent ordinairement d'arrêt de développement intellectuel.

Léger dans la maladie de Little et l'hémiplégie infantile, il peut aller jusqu'à l'idiotie complète dans les autres formes classiques de cérébroplégie comme la diplégie et la paraplégie.

Bien qu'il n'y ait pas une relation constante entre la gravité des troubles psychiques et celle des troubles paralytiques, on peut dire que l'insuffisance intellectuelle établit comme un lien de parenté entre les cérébroplégies infantiles, parfois difficiles à grouper cliniquement et qui ont pourtant toutes un air de famille.

L'arrêt de développement intellectuel qui s'observe dans les cérébroplégies, diffère totalement de l'idiotie. D'un tableau comparatif établi par l'auteur, il résulte notamment que celle-ci est héréditaire, tandis que celui-là est accidentel; que l'idiotie pure s'accompagne de stigmates physiques de dégénérescence, d'accidents vésaniques mais non paralytiques; qu'elle est compatible avec une longue existence, tandis que la vie des cérébroplégiques est courte. Ce qui caractérise, chez ceux-ci, la menalité, c'est sa diminution quantitative mais non qualitative.

Il y a lieu, suivant l'auteur, de dresser une barrière clinique qui sépare nettement l'idiotie pure des simples arrêts de développement intellectuel coïncidant avec des cérébroplégies vraies ou frustes.

IX. — *Une variété de myxœdème fruste*; par R. Tambroni et R. Lambranzi (numéro de mai). — Il s'agit d'un cas clinique qui réalise, au dire des auteurs, le syndrome décrit sous le nom de gérodermie génito-dystrophique.

Facies sénile, tête petite avec front bas et étroit, oreilles en anse, thorax adipeux, poils rares, dystrophie génitale, tendance au gigantisme, sont des symptômes qui par leur réunion caractérisent bien une forme plusieurs fois rencontrée.

Elle ne saurait rentrer dans le cadre de l'infantilisme et mérite bien une place spéciale dans le cadre nosologique.

X. — *Considérations critiques à propos de l'hypothèse de Ramon y Cajal sur la signification des entrecroisements senso-*

riels sensitifs et moteurs; par E. Lugaro (numéro de mai). — Tous ceux qui s'intéressent à l'anatomie et à la physiologie du système nerveux trouveront profit à lire ces considérations judicieuses auxquelles on ne saurait faire qu'un reproche, celui d'élargir le champ déjà trop vaste des hypothèses.

XI. — *L'alcalinité du sang dans quelques maladies mentales*; par Ruggiero Lambranzi (numéro de juillet). — C'est Lépine qui a introduit dans la clinique médicale la recherche du degré alcalinimétrique du sang. Dès 1878, il établissait que ce degré s'abaisse dans quelques maladies à évolution lente, comme le rhumatisme articulaire chronique, dans les états d'anémie ou de cachexie, etc. Cette recherche a fait l'objet de nombreux travaux. L'auteur a voulu l'utiliser spécialement dans la clinique des maladies mentales.

Technique adoptée : prélèvement au doigt d'un quart de centimètre cube de sang qui est placé dans un récipient gradué contenant 10 centimètres cubes d'une solution concentrée et neutre de sulfate de soude. Un robinet permet l'arrivée de cette solution dans un verre contenant 2 centimètres cubes d'une solution d'acide sulfurique à 2 p. 100. Après 15 minutes, titrage par la soude versée goutte à goutte à l'aide d'une pipette de Mohr graduée au 100e, opération destinée à neutraliser l'acide en excès.

Il est évidemment facile par ce moyen de connaître le degré alcalinimétrique du sang : un centimètre cube de la solution $\frac{n}{50}$ d'acide sulfurique correspond à 0,0008 de soude.

Le degré alcalinimétrique peut, normalement, varier de 0,320 à 0,365 chez l'homme; de 0,316 à 0,348 chez la femme.

Dans la *folie maniaco-dépressive*, l'alcalinité du sang se maintient dans les limites physiologiques, sauf à l'occasion des accès d'excitation violente qui la font s'abaisser.

Dans l'*amenza* (*confusion mentale*), l'alcalinité peut descendre à 0,304.

Dans l'*hypocondrie*, l'alcalinité demeure normale comme dans les phases dépressives de la folie à double forme.

Dans la *démence précoce*, le degré d'alcalinité varie non seulement avec les formes, mais dans une même forme. Dans la forme catatonique de Kahlbaum, il s'abaisse jusqu'à 0,272. Ici encore l'agitation motrice semble être le facteur important de la diminution de l'alcalescence.

Dans la *démence paralytique*, le degré alcalinimétrique demeure toujours au-dessous de la normale. A la période terminale il descend jusqu'à 0,297. Cette règle mérite d'être prise en considération.

Dans la *démence sénile*, une seule fois le degré alcalinimétrique a été au-dessous de la normale; mais il s'agissait d'un sujet cachectique à la veille de succomber.

Dans l'*épilepsie*, ce même degré, normal entre les accès, s'abaisse pendant les paroxysmes convulsifs. Le fait important à noter est que la diminution de l'alcalescence précède l'explosion convulsive.

Dans l'*hystérie*, on ne voit diminuer l'alcalescence qu'à l'occasion de grandes attaques d'allure hystéro-épileptique.

Dans la *neurasthénie*, le *crétinisme*, la *chorée de Huntington*, l'alcalescence a été trouvée normale, abaissée, au contraire, dans un cas de myxœdème fruste avec dystrophie thyroïdienne.

En somme, les recherches de l'auteur aboutissent à ce résultat, que l'alcalescence du sang diminue dans les accès maniaques, l'amenza confusionnelle, la paralysie générale, avant, pendant et un peu après les paroxysmes convulsifs de l'épilepsie.

XII. — *Manie, mélancolie et psychose maniaco-dépressive;* par R. Gucci (numéro de juillet). — On sait que Kraepelin, dans la dernière édition de son traité de psychiatrie, a rayé du cadre des entités morbides, la manie et la mélancolie pour en faire des manifestations d'une même maladie : la folie maniaco-dépressive.

C'est de quoi s'est ému R. Gucci qui a tenu à vérifier si cette manière de voir pouvait se justifier par la statistique.

La question est de savoir si, par exemple, un accès maniaque peut être isolé ou bien s'il est forcément un épisode de folie intermittente.

A l'asile de Firenze, il est entré, en cinquante-cinq ans, 4.747 maniaques sur lesquels 2.419 n'y ont jamais reparu. Ces chiffres s'accordent évidemment mal avec l'interprétation de Kraepelin.

L'auteur eût été en droit d'ajouter que si, incontestablement, les formes maniaques pures sont rares, il en existe de l'aveu de Kraepelin lui-même (Voir *Psychiatrie* von Kraepelin, 6[e] édit., 1899, t. 2, p. 360).

En sorte qu'il est tout au moins prématuré de rayer la manie de la liste des entités mentales morbides.

XIII. — *La polyurie essentielle est toujours un stigmate de*

dégénérescence; par L. Scabia (numéro de juillet). — Observation de polyurie essentielle chez un sujet dépourvu de tares héréditaires, de stigmates d'hystérie et chez lequel survint un accès de mélancolie.

A propos de ce fait, l'auteur discute la question controversée de la nature de la polyurie essentielle. Est-elle toujours une manifestation hystérique comme le pense l'école de la Salpêtrière, ou bien doit-elle disparaître de la nosologie comme le prévoit Kourilesky?

L'auteur ne partage aucun de ces avis et croit que la polyurie essentielle est un stigmate de dégénérescence tout comme l'hystérie et la mélancolie. Il faut bien reconnaître que cette conclusion ne s'impose pas à l'esprit de par le seul fait rapporté par l'auteur.

XIV. — *Altérations des éléments nerveux dans l'empoisonnement subaigu par l'aluminium*; par N. Zonder (numéro d'août). — L'aluminium est utilisé dans la fabrication des ustensiles de cuisine, des appareils d'antisepsie chirurgicale. Les signes de l'intoxication ont été bien étudiés et les symptômes nerveux ne sont pas les moins importants. L'auteur, après Döllken, a recherché les lésions des éléments nerveux.

L'auteur allemand avait expérimenté sur le chat, très sensible à l'intoxication. L'auteur italien a choisi le chien. L'empoisonnement fut réalisé par des injections hypodermiques de sulfate d'alumine et de potasse. Injection quotidienne de 1 centimètre cube par kilog. de poids, d'une solution à 4 p. 100. Mort avant le vingtième jour.

A l'autopsie, lésions viscérales multiples. Des fragments de ganglions spinaux, de moelle, de cervelet, de région rolandique de lobe occipital et de corne d'Ammon, du sympathique cervical, furent prélevés, fixés au sublimé, au liquide de Cox, au Muller.

Partout, le microscope, après coloration par l'hématoxyline de Delafield, a montré tous les degrés d'une altération cellulaire allant de la simple diminution des grains chromatiques jusqu'à la destruction partielle de la trame achromatique. Le noyau était à sa place.

XV. — *Le symptôme désorientation*; par J. Fenzi (numéro d'août). — La désorientation est réalisée par cet ensemble de troubles psychiques qui font qu'un sujet a perdu la notion de lieu, de temps, la conscience de l'entourage.

L'auteur recherche la meilleure manière de constater ce

symptôme et donne un modèle d'interrogatoire approprié à cette recherche :

1. Comment vous appelez-vous ? 2. Que faites-vous ? 3. Où êtes-vous né? 4. D'où êtes-vous parti pour venir ici? 5. Dans quelle ville êtes-vous? 6. Dans quelle maison? 7. Êtes-vous à l'asile? 8. Quelles personnes sont ici? 9. Qui suis-je? 10. Pourquoi êtes-vous venu? 11. Êtes-vous malade? 12. Êtes-vous aliéné? 13. Qui vous a accompagné? 14. Il est bon que vous sachiez qui? 15. Êtes-vous content d'être ici? 16. Depuis quand y êtes-vous? 17. Quel jour de la semaine? 18. Quel mois? 19. Quel jour du mois? 20. Quelle année? 21. Celle de votre naissance?

La désorientation peut être *réelle* ou *apparente*, *totale* ou *partielle.*

Des documents cliniques ingénieusement présentés montrent que la désorientation totale s'observe dans l'amenza (confusion mentale des auteurs français), dans la paralysie générale, dans la démence seule, plus rarement dans l'hystérie, l'épilepsie.

La désorientation partielle se rencontre dans la paralysie générale, l'amenza, la démence sénile, la folie à double forme (maniaco-dépressive). Dans la démence précoce, dans la folie maniaco-dépressive, la désorientation est très souvent apparente. Elle est nulle très souvent dans cette même folie maniaco-dépressive.

Il faut savoir gré à l'auteur de nous avoir fourni ces documents sur un symptôme dont chaque jour nous devons interprêter la valeur séméiologique. De cette interprétation dépend la précision du diagnostic, souvent.

XVI. — *La sénilité précoce des mélancoliques;* par S. Armand (numéro d'août). — La cause de la mélancolie est encore à trouver. Elle ne peut s'expliquer exclusivement par un trouble de nutrition ou de circulation. L'explication, après tout, n'explique rien.

Kraepelin pense que les psychoses mélancoliques doivent dépendre d'une involution sénile précoce, d'un processus de régression. Les raisons de cette manière de voir, Kraepelin les trouve dans l'examen physique des mélancoliques qui révèle les caractères de la sénilité : réaction pupillaire lente, tremblement de la langue et des mains, parfois des troubles aphasiques transitoires. La surdité n'est pas rare, il y a hypotonie musculaire, sensation de faiblesse générale, des préoccupations hypocondriaques, de l'irritabilité, de l'anxiété. La nutrition

est ralentie. Les muqueuses sont pâles, anémiées, les digestions difficiles. La circulation est troublée du fait de l'athérome artériel, etc.

Ce dernier signe est surtout à retenir. Selon Venturi, il caractérise l'involution générale. Myocardite scléreuse et artério-sclérose s'observent fréquemment chez les aliénés et chez les aliénés jeunes.

L'auteur a observé cent soixante-deux cas de mélancolie. De leur rapprochement et de leur comparaison au point de vue spécial de l'hypothèse de Kraepelin, il résulte que si les psychoses mélancoliques sont fréquentes dans la vieillesse, elles se développent chez des sujets de tout âge et notamment à l'âge adulte.

La femme est plus souvent atteinte que l'homme. La plupart des mélancoliques offrent une décadence marquée des fonctions organiques sans lésions apparentes des organes.

Le pronostic de la mélancolie présénile est quasi fatal. Cent neuf cas n'ont donné que quatre améliorations.

XVII. — *Les réactions pupillaires dans un cas de paralysie générale à la première période;* par E. Tanzi (numéro de septembre). — Les troubles de la réflectivité pupillaire dans la paralysie générale comme dans le tabes ont une valeur séméiologique indéniable. Il convient donc de les observer de très près et de les suivre mieux qu'on ne l'a fait.

En examinant à plusieurs reprises les réflexes pupillaires dans un cas de paralysie générale peu avancée, l'auteur a pu constater que l'immobilité pupillaire était intermittente.

Cela prouve, entre autres choses, que les lésions cellulaires dont dépend le symptôme ne sont pas définitives.

XVIII. — *La bromipine dans le traitement de l'épilepsie*; par P. Bodoni (numéro de septembre). — La bromipine n'est autre chose que du brome dissous dans de l'huile de sésame dans la proportion de 10 p. 100.

Son administration aux épileptiques a donné les résultats suivants :

Pendant l'administration de la bromipine, les crises ont diminué dans quatre cas. Cette diminution a persisté après la cessation du médicament dans trois cas. Par contre, dans trois cas, les accès ont augmenté de fréquence pendant le traitement.

La bromipine est bien tolérée et n'occasionne aucun trouble gastrique.

L'élimination du brome est lente, et il s'en trouve dans

l'urine quinze jours après la fin de l'administration. La bromipine a ces deux derniers avantages sur les bromures alcalins.

XIX. — *Polynévrite radiculaire dans un cas de psychose pellagreuse;* par R. Righetti (numéro d'octobre). — Cliniquement, il s'agit d'un sujet qui a présenté de la paralysie flasque des membres inférieurs avec anesthésie s'étendant à la sensibilité cutanée des organes génitaux externes, du périnée et de l'anus, de la région sacrée; une paralysie vésico-rectale, des troubles trophiques, des troubles mentaux, tels que confusion, désorientation, hallucination, agitation motrice.

Diagnostic : lésion spinale à hauteur du premier segment lombaire.

A l'autopsie, au niveau du deuxième segment lombaire, infiltration hémorragique de la substance grise, vérifiée d'ailleurs au microscope.

Outre cette infiltration, l'examen histologique a montré des altérations cellulaires dans la substance grise aussi bien à la région cervicale qu'à la région dorsale de la moelle. Les cellules ont perdu leur striation caractéristique. Les éléments chromatiques sont réduits à l'état de fines granulations. La chromatolyse est centrale et le noyau a émigré vers la périphérie. Pas de dégénérescence de cordons médullaires, appréciable par la méthode de Weigert.

Dans les racines, il y a des fibres dégénérées d'aspect moniliforme ou dépourvues de myéline.

Enfin, la méthode de Marchi permet de voir quelques fibres dégénérées au niveau des cordons antéro-latéraux au voisinage des fibres pyramidales croisées.

L'auteur, très justement, discute la question toujours controversée de l'origine centrale ou périphérique de la lésion des polynévrites. Il remarque que les lésions cellulaires sont identiques à celles qui s'observent après la section des nerfs périphériques. On les peut donc considérer comme secondaires, non toutes, car il y en a qui, sans doute sont primitives.

L'étiologie du cas n'est pas clairement établie. On ne peut invoquer l'alcoolisme; l'intoxication pellagreuse peut davantage être suspectée, bien qu'elle n'ait pas coutume d'occasionner des polynévrites.

La lecture de cet intéressant travail ne laisse qu'un regret, celui de n'y avoir pas vu discuter plus amplement le diagnostic de poliomyélite antérieure que la clinique ne réprouverait pas avec de tels symptômes et que l'anatomie pathologique dénonce

par la mise en évidence des hémorragies dans les cornes antérieures.

XX. — *Les progrès récents de l'anatomie du système nerveux; leurs rapports avec la psychologie et la psychiatrie*; par E. Lugaro (numéro de novembre). — Cette question a fait l'objet d'un rapport au Congrès des aliénistes (Naples, octobre 1899). L'auteur y montre avec netteté que dans les dix dernières années, l'anatomie des centres nerveux a fait des progrès *merveilleux*. Tous les problèmes ne sont pas résolus, sans doute, mais de bonnes techniques font chaque jour la lumière sur des points, hier encore obscurs. Des résultats acquis, il faut s'empresser de faire bénéficier la psychologie, science vague et incertaine. Si la psychiatrie ne veut pas demeurer réduite à de la psychologie pathologique, elle doit, sans plus de retard, interroger l'anatomie et lui demander le pourquoi des troubles mentaux qu'elle a de la peine même à classer. Pour le démontrer, Lugaro s'appuie sur des arguments solides et qu'il convient de méditer. Il est évident que la psychiatrie s'est trop longtemps tenue à l'écart de la physiologie et de l'anatomie pathologique, sous le prétexte que la folie doit être une maladie purement psychologique sans fondement anatomique. Or, rien n'est plus faux. Dès que l'on regarde attentivement dans le cerveau des aliénés, on y rencontre des lésions macroscopiques ou microscopiques importantes. La technique qui permet de voir ces dernières, s'est enrichie à ce point que l'histologie du système nerveux a pris le pas sur celle des autres organes. Il faut mettre à profit ces lumières nouvelles pour éclairer les sentiers encore bien obscurs de la psychopathologie.

XXI. — *Les psychoses alcooliques à Padoue et à Venise*; par Giulio Obici et Ferruccio Corazza (numéro de décembre). — Intéressante statistique avec, à l'appui, des tableaux destinés à montrer : 1° le nombre des aliénés observés dans les quartiers d'hospice qui, à Venise, comme à Padoue, reçoivent les malades avant leur arrivée à l'asile, pendant une période de sept ans, de 1891 à 1898; la proportion des alcooliques par rapport aux aliénés non alcooliques et par rapport à la population. Padoue a une population de 84.388 habitants. Elle a fourni 149 alcooliques et 614 aliénés. Venise compte 145.596 habitants et pendant la même période, il y a eu 746 alcooliques et 837 aliénés. D'où il résulte qu'à Venise il y a eu notablement plus de psychoses alcooliques, au contraire moins de psychoses autres que les alcooliques, proportionnellement à la population.

2° L'âge auquel se sont manifestées les psychoses alcooliques. Sur ce point, la statistique montre entre autres choses qu'à Venise, la folie alcoolique est sensiblement plus précoce qu'à Padoue. Ainsi, à Venise, 24 p. 100 des alcooliques aliénés le sont devenus de trente à cinquante ans; 8,22 p. 100 de vingt à trente ans. Au lieu qu'à Padoue, 14 p. 100 sont dans le premier cas ; 3,44 p. 100 dans le second.

3° La terminaison des psychoses alcooliques. A Venise, 11 p. 100 ont guéri, 26 p. 100 se sont améliorées. A Padoue, il y a eu 25 p. 100 de guérisons et 29 p. 100 d'améliorations. Ici encore la différence est importante.

4° Les chiffres de la consommation d'alcool à Padoue et à Venise de 1890 à 1896. Ces chiffres montrent qu'à Venise on consomme un peu moins de boissons alcooliques qu'à Padoue; mais on y boit cependant plus de vin, et la qualité de ce vin est différente pour ces deux villes. Tandis qu'à Padoue la population accepte difficilement les vins du Midi, ceux-ci sont consommés de préférence par la population de Venise. Or, les vins du midi de l'Italie contiennent une plus forte proportion d'alcool et d'alcool éthylique en particulier, des sels de potasse. D'où il résulte que le grand tort des habitants de Venise est de boire des vins du Midi. C'est la conclusion qui se dégage de ce travail. Les auteurs n'ont pas osé la formuler par crainte sans doute de représailles méridionales. Il n'en demeure pas moins acquis qu'il y a de la folie au fond d'un verre de vin de Sicile.

Dr ANGLADE.

BIBLIOGRAPHIE

La cura psichica nel manicomio. Osservazioni sopra alcuni infermi affetti da frenosi sensoria, e ricoverati nella Casa di Salute Fleurent nel biennio 1902-1903 (Le traitement psychique au manicome. Observations de quelques malades atteints de folie sensorielle et traités dans la maison de santé Fleurent pendant les années 1902-1903) ; par le Dr Pasquale de Angelis. Broch., in-8°, extrait du *Bolletino della Casa di Salute Fleurent,* xxe année. Naples, 1903.

La folie est une altération de la personnalité du malade et, par personnalité, il faut entendre une synthèse qui résulte de tous les éléments constitutifs de l'individualité humaine : ce n'est qu'en appliquant l'étude de la psychologie individuelle à la psychiatrie qu'on arrivera à d'heureux résultats, sans cependant négliger le traitement hydrothérapique, médicamenteux et diététique. Mais ce qui rend le traitement psychique difficile, c'est que s'il est aisé de faire comprendre ce qu'il est, il est impossible de l'enseigner dogmatiquement. C'est une rééducation complète, un réveil du pouvoir inhibitoire et la substitution du réel au fantastique.

Pour réussir dans ce traitement, il faut avant tout connaître les anamnestiques du sujet jusque dans leurs moindres détails : les habitudes, l'éducation, les conditions domestiques et « s'enfoncer dans l'intérieur de la famille comme l'anatomiste pénètre dans l'intimité des éléments d'un tissu ». Ce n'est qu'ainsi que l'on connaîtra bien l'individualité psycho-somatique du malade, ce que le professeur Del Greco appelle le tempérament. Il faut surtout se défier des renseignements tronqués donnés par les familles. L'histoire du malade étant connue, on devra l'utiliser pour le traitement, mais non d'une façon routinière : tantôt il faudra prescrire le repos absolu, tantôt le mouvement, tantôt l'isolement modéré ; tantôt on devra faire une concession au malade et tantôt le contredire énergiquement pour le forcer à rétablir les associations psychiques normales. C'est surtout, comme l'indique Séglas, au déclin de la maladie et pendant la

convalescence que cette psychothérapie est indiquée. Mais elle doit être suivie au manicome et non dans l'isolement familial (Ziehen). Remarque très importante due à Bajenoff : la guérison est d'autant plus probable dans la folie sensorielle que l'internement est plus précoce, la démence résulte souvent d'un internement tardif. Enfin cette forme de folie ne se développe pas toujours chez des individus tarés. Le pronostic en est favorable, puisque les guérisons complètes s'élèvent, dans la statistique de l'auteur, à 61 p. 100.

D[r] WAHL.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La cura psichica nel manicomio. Osservazioni sopra alcuni infermi affetti da frenosi sensoria, e ricoverati nella Casa di Salute Fleurent nel biennio 1902-1903; par le D[r] Pasquale de Angelis. 14 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Casa di Salute Fleurent*, 1903. Fasc. IV.

— Die Perioden des menschlichen Organismus in ihrer psychologischen und biologischen Bedeutung; par le D[r] Hermann Swoboda. 135 pages in-8°. Leipzig, Franz Deuticke, 1904.

— Asile de Maréville. Rapport médical sur le service des hommes pour l'année 1902; par le D[r] A. Paris, médecin en chef. 27 pages in-8°, Nancy, 1903.

— Die Grundlehren der Psychologie von Standtpunkte der Voluntarismus; par Nicolas Lonkij, privat docent à l'Université impériale de Saint-Pétersbourg. Traduction allemande par E. Klenker. 1 vol. in-8° de 221 pages. Leipzig, Johann-Ambrosius Barth, 1904.

— Gezins verpleging der Hulpbehoevenden; par les D[rs] Fr. Meeus, de Gheel et F. Ghys, d'Anvers. 33 pages in-4° avec fig. Bruges, 1903.

— Donne-uomini. Contributo allo studio della omosessualità; par le D[r] B. G. Selvatico Estense. 14 pages in-8°. Extrait de la *Rivista mensile der psichiatria forense, antropoologia criminale et scienze affini*. 1904, fasc. 1.

— L'œuvre médico-artistique de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. 19 pages in-8°. Paris, Masson et C[ie], 1903.

— Index philosophique. Philosophie et sciences annexes; par N. Vaschide et von Buschan. 1[re] année, 1902. 1 vol. in-8° de 345 pages. Paris, C. Naud, 1903.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de février 1904 : M. le Dr Bourdin, directeur-médecin en chef de l'asile de Sainte-Catherine d'Yzeure, près Moulins (Allier), est nommé médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe) ;

M. le Dr Gilbert Petit, médecin en chef de l'asile du Mans, est nommé directeur-médecin de l'asile de Moulins est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.) ;

M. le Dr Antheaume, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, est nommé médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton.

Arrêtés de mars et avril 1904 : M. le Dr Maunier, médecin en chef de l'asile de Marseille, est nommé médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le Dr Capgras, médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme), en remplacement de M. le Dr Simon, mis en disponibilité sur sa demande ;

M. le Dr Malbois, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafond ;

M. Josserand, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur de la maison de santé de Château-Picon, à Bordeaux, en remplacement de M. Mengarduque, décédé ;

M. Meillet (Léo), directeur de l'asile d'Aix-en-Provence, est nommé directeur de l'asile de Cadillac ;

M. Guichet, conseiller général des Bouches-du-Rhône, est nommé directeur de l'asile d'Aix-en-Provence ;

M. le Dr Rey, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence, est nommé médecin en chef de l'asile de Marseille.

NÉCROLOGIE

M. Mengarduque. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Mengarduque, directeur de l'asile des aliénés de Bordeaux, décédé le 22 mars dernier, dans sa cinquante-sixième année.

Mengarduque naquit à Saint-Denis (Ile de la Réunion), le 1er janvier 1849. Après avoir fait ses études de droit, il se fit inscrire au barreau de Marseille et fut premier lauréat de la conférence des avocats. Après avoir été pendant quelques

années secrétaire du Conseil général et de la Commission départementale des Bouches-du-Rhône, il entra dans l'administration préfectorale. Successivement sous-préfet de Sisteron, de Milhau et de Saintes, il devint, en 1884, préfet de Constantine; il conserva ce poste pendant neuf ans, puis fut appelé à la préfecture du Cher. Nommé préfet de la Corse en 1899, il ne crut pas devoir accepter ces nouvelles fonctions et leur préféra la direction de la Maison de santé de Château-Picon, à Bordeaux. Nommé à ce dernier poste, par arrêté ministériel en date du 9 novembre 1899, et installé quelques jours après, il ne devait pas l'occuper longtemps; une cruelle maladie l'emportait en effet quatre ans après.

Mengarduque laisse le souvenir d'un administrateur habile, dévoué et bienveillant. Il était chevalier de la Légion d'honneur de juillet 1887.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du 15 mars 1904, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour concourir aux prix à décerner à la fin de cette année; elle a procédé dans la même séance à la nomination des commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — N° 4. Etude anatomique du tabes amaurotique (voies optiques, cerveau, moelle), par le Dr André Lévi, de Paris.

Commission : MM. Galippe, Kermorgant, Paul Reynier.

Prix Baillarger. — N° I. Les obsessions et la psychasthénie (2 vol.), par M. le Dr Pierre Janet, professeur au collège de France.

N° 2. L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. — Recueil de mémoires ayant trait à la thérapeutique et à l'assistance des aliénés, par M. le Dr P. Sérieux, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

N° 3. Isolement et psychothérapie; traitement de l'hystérie et de la neurasthénie, pratique de la rééducation, par MM. les Drs Jean Camus et P. Paquiez, de Paris.

N° 4. La convalescence des aliénés, par M. le Dr Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

Commission : MM. Brouardel, Magnan, Joffroy.

Prix Civrieux. — N° 1. Devise : « *Amicus Plato sed magis amica veritas.* »

N° 2. Devise : « *Une bonne méthode avec un grain de génie est la clef de toute vérité scientifique.* » (Claude Bernard.)

Commission : MM. Fournier, Besnier, Raymond.

Prix Falret. — N° 1. Devise : « *L'homme n'est connu qu'à moitié s'il n'est observé que dans l'état sain ; l'état de maladie fait aussi bien partie de son existence morale que de son existence physique.* » (Broussais.)

N° 2. Devise : « *Qui revera vult proficere Hippocratem sibi exemplo proponet.* »

N° 3. Devise : « *Il n'y a pas de malades imaginaires.* » (Debove.)

N° 4. Devise : « *Audaces fortuna juvat.* »

Commission : MM. Lancereaux, Magnan, Motet.

Prix Ernest Godard. — N. 1. Les déséquilibrés du système nerveux, étude clinique et thérapeutique, par M. le Dr A. Raffray, à Curepipe (Ile-Maurice).

N° 4. Recherches expérimentales sur l'hérédité morbide (rôle des cytolysines maternelles dans la transmission du caractère acquis), par M. le Dr Gabriel Delamare, de Paris.

Commission : MM. Vallin, Huchard, Sevestre.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — N° 1. Résumé d'études sur les crises hystériques, épileptiques et tachycardiques, par M. le Dr Charles Boucaud, de Bordeaux.

N° 2. Neurasthénie et génitopathies féminines; étude des formes secondaires de la névrose, par M. le Dr Ch. Souleyre, d'Oran.

N° 3. Recherches sur le plexus solaire, par M. le Dr Maxime Laignel-Lavastine, de Paris.

N° 4. Etude de physiologie comparée de l'hystérie et de l'épilepsie, par M. le Dr Charles Boucaud, de Bordeaux.

N° 5. Les nerfs du cœur chez les tabétiques, par M. le Dr G. Heitz, de Paris.

N° 6. Les formes rares de la tétanie infantile, par M. le Dr Saint-Ange (Roger), de Paris.

N° 7. Etudes biologiques sur les géants, par MM. les Drs P.-E. Launois, professeur agrégé, et Pierre Roy, chef de clinique, à la Faculté de médecine de Paris.

N° 8. Etudes sur les troubles de la sensibilité de douleur le type radiculaire chez les tabétiques et les épileptiques, et leur valeur pratique dans le traitement du mal comitial. — Devise : « *Epilepsia, mirabilis ille morbus.* » (Boerhaave.)

N° 9. Les grands symptômes neurasthéniques. — Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux, par M. le Dr Maurice de Fleury.

N° 10. Cécité et tabes (étude clinique), par le Dr André Léri, de Paris.

N° 11. Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu, par M. le Dr H. Nimier, médecin principal de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce, Paris.

N° 12. Des traumatismes craniens dans leurs rapports avec les psychoses et les épilepsies. — Devise :

« Mais ce champ ne se peut tellement moissonner
« Que les derniers venus n'y trouvent à glaner. »
(La Fontaine.)

Commission : MM. Motet, Du Castel, Joffroy.

Prix Henri Lorquet. — N° 1. Les lois morbides de l'association des idées, par Mlle Dr Pelletier, de Paris.

N° 2. Essai de diagnostic entre les états de débilités mentales, par M. le Dr Henry Damaye, d'Epinay-sur-Orge.

N° 3. La cellule nerveuse normale et pathologique, par M. le Dr Henri Carrier, de Lyon.

N° 4. La démence précoce, par M. le Dr René Masselon, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Luc, à Pau.

N° 5. Catatonie et stupeur, par M. le Dr A. Claus, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Mortsel (Anvers).

Commission : MM. Magnan, Richer, Raymond.

Prix Adolphe Mombinne. — N° 4. MM. les Drs Pactet et Colin, médecins en chef de l'asile d'aliénés de Villejuif, posent leur candidature pour l'obtention d'une subvention en vue d'une mission gratuite dont ils ont été chargés par M. le ministre de l'Intérieur.

Commission : MM. Monod (Charles), Joffroy, Benjamin.

Prix Sainton. — N° 5. Les stigmates anatomiques et physiologiques de la dégénérescence et les pseudo-stigmates anatomiques et physiologiques de la criminalité, par M. le Dr Lucien Mayet, de Lyon.

N° 10. Fonction d'innervation, par M, le Dr G. P. Morat, professeur à l'Université de Lyon.

N° 17. Essai sur la psycho-physiologie des monstres humains, par MM. les Drs N. Vaschide et Cl. Vurpas, de Paris.

Commission : MM. Gariel, Landouzy, Delorme, Champetier de Ribes, Josias.

Prix Vernois. — N° 25. Essai sur les causes de l'alcoolisme à Bordeaux, etc. — Devise : *Pro libere decus.*

Commission : MM. Laveran, Troisier, Chauffard.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le président du conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes,

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques;

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839, les décrets des 6 juin 1863 et 19 octobre 1894;

Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888 et des 12 juin 1899, 7 mars 1900 et 9 mai 1902;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux en date du 22 mars 1904,

Arrête :

Art. 1er. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le mardi 14 juin 1904.

Art. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de plus de trente-deux ans, au jour de l'ouverture du concours; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le 15 mai 1904, au plus tard, au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 7, rue Cambacérès, qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours). Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre, président;

2° Trois professeurs, titulaires de facultés de médecine ou, à défaut, des agrégés ou chargés de cours des maladies mentales, en exercice dans des facultés ou écoles de médecine de l'Etat;

3° Trois directeurs médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton;

4° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'Intérieur, sur la proposition du comité des inspecteurs généraux.

Les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des facultés ou écoles différentes. Les directeurs médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des académies qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre de l'Intérieur.

S'il se produisait plusieurs absences parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient, de plein droit, avec les membres restants.

Art. 4. — Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur général, président.

Elles seront au nombre de six, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30 ;

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ; le maximum des points sera de 10.

Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise. Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée ;

3° Une épreuve sur titres. Le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Ces épreuves sont éliminatoires ;

4° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 20 ;

5° Une épreuve clinique orale. Cette épreuve portera sur un seul malade. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de l'aliéné, y compris le temps de réflexion et vingt minutes d'exposition. Le maximum des points sera de 20 ;

6° Une épreuve clinique écrite. Cette épreuve portera sur un seul malade. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de l'aliéné et trois quarts d'heure pour la rédaction d'une consultation écrite.

Le maximum des points sera de 20.

Les épreuves cliniques auront lieu à l'asile clinique Sainte-Anne.

A partir du 1er juin 1904, il sera interdit aux candidats, sous peine d'exclusion, de pénétrer dans les services de l'admission et de la clinique à Sainte-Anne, ainsi que dans les services de l'infirmerie spéciale du dépôt à la préfecture de police.

Art. 5. — Le nombre des places mises au concours est fixé à dix : il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure;

Aux médecins adjoints, après deux ans, au minimum, dans la classe précédente.

Art. 6. — Sont et demeurent abrogées les dispositions antérieures au présent arrêté, notamment celle de l'article 8 du 7 mars 1900, qui dispensait du concours le chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la faculté de médecine de l'université de Paris. Ce dernier se trouvera désormais soumis aux mêmes conditions que les autres candidats.

Art. 7. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 6 avril 1904.

E. Combes.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Un gardien grièvement blessé par un aliéné. — L'asile de Pau vient d'être le théâtre d'un fait douloureux : un gardien a été très grièvement blessé par un malade.

Ce malade, un nommé B..., entré à l'asile le 6 février 1904, est un débile avec idées confuses de persécution, qui lui inspirent des pensées homicides ; il présente en outre des aberrations concernant sa personnalité : il croit qu'on abuse de son corps qui ne sent plus rien, qu'on a substitué à son âme une âme étrangère, etc. Il ne cache pas ses tendances homicides : il condamne à mort tantôt le directeur de l'asile, tantôt les gardiens.

Le 17 mars, à 7 heures 1/2 du matin, B... a mis à exécution une de ses sentences de mort. Ayant trouvé sous la main une bêche qu'on avait oublié de serrer, il s'en empara sans que personne prît garde à son mouvement et fracassa le crâne d'un gardien en train de se raser; celui-ci fut trouvé, quelques instants après, inanimé, dans une mare de sang.

Aux questions posées au malade, celui-ci ne fit aucune difficulté pour reconnaître qu'il était l'auteur de l'attentat. Quant aux motifs qui l'y avaient poussé, B... se contenta de répondre que ce gardien n'avait pas voulu lui ouvrir la porte, que dès

lors il était juste qu'il fût condamné, et qu'il l'avait condamné à mort.

Voici la description de l'horrible blessure faite au gardien, telle qu'elle nous est donnée par M. le Dr Girma, médecin-directeur de l'asile de Pau, dans une lettre datée du 6 avril :

« L'angle aigu de la bêche avait enfoncé le pariétal droit et pénétré dans la région rolandique. Par la brèche, la matière cérébrale se répandait au dehors, et cette issue de substance nerveuse s'est continuée pendant une huitaine de jours. Actuellement, il s'en écoule du pus provenant d'un foyer intracérébral profond. La fracture ayant été comminutive, les fragments du pariétal dont l'ensemble mesurait une surface de quatre centimètres de côté, furent enlevés peu de temps après l'accident. »

Le gardien a survécu jusqu'ici à ces graves lésions. « Le coma ne dura qu'une demi-heure environ ; l'hémiplégie gauche restée complète pour le bras, incomplète pour la face, ne s'est manifestée qu'au dixième jour pour la jambe où se produisent encore quelques mouvements très limités. La sensibilité est conservée, et l'état mental n'a jamais subi aucune perturbation. Les douleurs locales, malgré l'horrible blessure et la hernie du cerveau, sont modérées. »

Infirmier tué par un aliéné. — Quatre jours après le fait précédent, le lundi 21 avril, un aliéné de l'asile de Villejuif (Seine) tuait un infirmier, M. Cahussac, dans les circonstances qui ont fait l'objet de la communication faite par M. le Dr Pactet, médecin du service, à la séance du 28 mars 1904 de la Société médico-psychologique (V. plus haut, p. 472). Ce douloureux accident a produit la plus vive impression.

Les obsèques de l'infirmier Cahussac eurent lieu le 26 mars, aux frais du département et par les soins de M. Lucipia, directeur de l'asile de Villejuif.

Une nombreuse assistance se pressait dans le hall de Villejuif. Le cercueil, entouré de nombreuses et magnifiques couronnes, était gardé par quatre infirmiers en uniforme. Leurs collègues, infirmiers et infirmières, remplissaient la salle, et dans l'assistance, on remarquait la présence de MM. Brousse, Patenne, Thomas, conseillers généraux.

Le préfet de la Seine s'était fait représenter par M. Defrance, aux côtés duquel on voyait M. Pelletier, chef du service des aliénés, M. Honnorat représentait le préfet de police. Enfin, les médecins et les directeurs des asiles étaient venus en grand nombre.

Des discours ont été prononcés par MM. Patenne, Defrance, Lucipia, Honnorat et le Dr Pactet.

Nous croyons devoir reproduire ce dernier discours qui rend un hommage mérité au personnel si dévoué et si modestement rétribué de nos asiles.

Discours de M. le Dr PACTET.

Mesdames, Messieurs, vous devinez l'émotion qui m'étreint, au moment de prendre la parole; mais je croirais manquer au plus impérieux des devoirs, si je ne venais rendre un suprême hommage au collaborateur qui m'a été enlevé si prématurément et dans des circonstances aussi tragiques.

Je n'ai garde d'oublier la part qui revient dans l'accomplissement de l'œuvre commune, au concours actif, zélé, intelligent de tous ceux qui y participent.

Notre tâche est ingrate, elle est toujours difficile, souvent périlleuse, et le sentiment de cette communauté dans l'action, dans le but, dans la responsabilité et dans le danger, établit entre nous, infirmiers et médecins, un lien de sympathie et de solidarité qui nous groupe dans une même grande famille, la famille médicale.

Et lorsqu'un coup imprévu vient frapper l'un de ses membres, il est vivement ressenti par tous les autres. Aussi ne saurais-je vous dire la peine que m'a causée dimanche soir la nouvelle de cet événement, et le chagrin que tous, nous avons éprouvé, en voyant que nos efforts pour rappeler la victime à la vie, demeuraient inutiles. Cette mort stupide d'un homme de trente-huit ans, tué par un irresponsable, n'est-elle pas horrible! Et n'aurait-elle pas été cent fois plus épouvantable encore, si la victime avait été mariée et chargée de famille?

Cette émotion, mes collègues, j'en suis sûr, ne me démentiront pas, seul, le médecin peut la sentir pleinement, lui, le collaborateur de tous les jours de ses infirmiers. Leur guide dans des fonctions dangereuses qui exigent impérieusement une aide et un soutien réciproques.

On parle souvent des malades brutalisés ou tués par les infirmiers; on ne parle jamais des infirmiers assaillis et tués par les malades. Et voilà qu'en quelques jours, deux morts sont survenues à la suite des mêmes causes : l'une à l'asile de Pau, l'autre à l'asile de Villejuif. La liste serait longue à dresser des victimes, depuis les médecins jusqu'aux infirmiers et jusqu'aux malades eux-mêmes, frappés par les aliénés.

Il ne se passe guère de jour où l'on n'ait à enregistrer des actes de violence et, souvent, c'est miracle que la mort ait pu être évitée.

Je ne veux pas insister; mais cela vous montre combien nous avions raison, nous médecins, de recommander, d'ordonner qu'un infirmier ne reste jamais seul au milieu des malades. L'isolement implique la lutte, le corps à corps, lutte dont on ne peut d'avance prévoir l'issue.

Cette fois le secours a été immédiat, et cependant le mal était déjà irréparable.

Nous avons bien le droit de dire qu'ici, nous nous trouvons en face d'une victime du devoir, au même titre que s'il s'agissait d'un de ceux qui remplissent leurs fonctions quotidiennes en courant à l'incendie ou en assurant la sécurité de la rue.

Et quel meilleur exemple que, pour accomplir son devoir, il n'est pas besoin de prononcer des vœux. Il n'est pas nécessaire de prendre l'habit du moine ou le voile de la religieuse : l'uniforme de nos infirmières et de nos infirmiers laïques, cache un dévouement qui, pour être encore trop souvent méconnu, n'est que plus respectable.

Cahussac est mort simplement, en faisant son devoir.

Ses camarades le savent, ils en sont convaincus et j'ai été particulièrement touché de l'empressement qu'ils mettent en ce moment à me seconder dans des circonstances très difficiles, alors que notre service est chargé, qu'une épidémie de grippe sévit sur ce personnel et que notre effectif d'infirmiers n'est pas au complet.

C'est le plus bel hommage qu'ils pouvaient rendre à la mémoire de leur collègue, c'est aussi la meilleure preuve d'affection qu'ils pouvaient me donner.

Qu'il me soit permis de les remercier en mon nom personnel et au nom des parents des malheureux confiés à nos soins.

J'ai fini. Je n'essaierai pas d'atténuer par des consolations banales la trop légitime douleur d'un père. Puisse-t-il trouver un adoucissement à sa peine en pensant que son fils laisse chez tous ceux qui l'ont connu, le souvenir d'un homme doux et bienveillant, souvenir inséparable des regrets et de la profonde pitié que nous a causés sa mort !

Quatorzième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes.

Session de Pau, 1er-7 *août* 1904.

Le XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Pau, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le professeur Brissaud.

Les questions suivantes sont l'objet de rapports :

1° Psychiatrie : *Des démences vésaniques.* Rapporteur : M. le Dr Deny, de Paris ;

2° Neurologie : *Des localisations motrices dans la moelle.* Rapporteur : M. le Dr Sano (d'Anvers) ;

3° Assistance : *Des mesures à prendre contre les aliénés criminels.* Rapporteur : M. le Dr Kéraval, de Paris ;

4° Communications diverses.

N.-B. — Les discussions et communications ne peuvent être faites qu'en *langue française.*

Excursions. — La proximité de l'Espagne, de l'Océan et des Pyrénées a permis d'organiser une série d'excursions faciles, variées et intéressantes.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement consenties, comme précédemment, par les différentes Compagnies de chemins de fer, ainsi que par les principaux Hôtels de Pau.

Un programme détaillé des travaux et des excursions sera publié, à bref délai, et adressé à tous les membres du Congrès.

Le Congrès comprend :

1° Des *Membres adhérents* (Docteurs en médecine) ;

2° Des *Membres associés* (Dames, membres de la famille, ou étudiants en médecine, présenté par un membre adhérent).

Les asiles qui s'inscrivent pour le Congrès figurent parmi les membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 fr. pour les *Membres adhérents* et de 10 fr. pour les *Membres associés*.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports. Ils recevront, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Adresser les adhésions et communications à M. le Dr Girma, secrétaire général du Congrès, médecin-directeur de l'asile public des aliénés de Pau.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIXe VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Psychologie morbide.

II. — Pathologie.

III. — Médecine légale.

IV. — Statistique.

V. — Établissements d'aliénés.

VI. — Revue critique.

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1902).

(Anal. par le Dr Cullerre.)

JOURNAUX ANGLAIS (1902).

(Anal. par le Dr Pons.)

JOURNAUX AMÉRICAINS (1899-1900).

Anal. par le Dr V. Parant, fils.

JOURNAUX ITALIENS (1899).

(Anal. par le Dr Anglade).

III. — Bibliographie.

IV. — Variétés.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur 1 rue Cassette.

